



UN CENTRE HOSPITALIER  
**UNIQUE**

NOUS PROFITONS DE L'OCCASION POUR SOULIGNER LES EFFORTS CONSTANTS DE PLUSIEURS MÉDECINS ET MEMBRES DU PERSONNEL POUR LEUR IMPLICATION ACTIVE DANS L'ORGANISATION D'ÉVÉNEMENTS SCIENTIFIQUES D'ENVERGURE PROVINCIALE, NATIONALE ET INTERNATIONALE, DANS L'ENSEIGNEMENT, À TITRE DE CONFÉRENCIERS, RESPONSABLES DE COURS, MEMBRES DE COMITÉS D'ENSEIGNEMENT, DANS LA PUBLICATION D'ARTICLES SCIENTIFIQUES, DANS L'ADMINISTRATION DE LEUR ORDRE PROFESSIONNEL RESPECTIF À DIVERS AUTRES TITRES. TOUTES CES PERSONNES CONTRIBUENT À LA RENOMMÉE DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC COMME ÉTANT UN LIEU DE HAUT SAVOIR, DE RÉFÉRENCE ET DE RECHERCHE DE L'EXCELLENCE.



IUCPQ.qc.ca

# TABLE DES MATIÈRES

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION.....	1
MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL.....	2
EN GUISE D'INTRODUCTION.....	3
SECTEURS D'INTERVENTION.....	4
PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE.....	5
MISSION, VISION, VALEURS, ENGAGEMENTS .....	6
ORIENTATIONS STRATÉGIQUES.....	7
ENJEU 1 : L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS.....	7
ENJEU 2 : LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER.....	14
ENJEU 3 : LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX.....	17
ENJEU 4 : LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES.....	21
ENJEU 5 : L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES.....	23
ENJEU 6 : LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ.....	28
ENJEU 7 : UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT .....	33
ENJEU 8 : L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ.....	36
ENJEU 9 : LA GESTION DE LA PERFORMANCE.....	37
ENJEU 10 : LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE.....	39
ENJEU 11 : LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT .....	40
ÉTATS FINANCIERS.....	44
FONDATION .....	46
ORGANIGRAMME DU CONSEIL D'ADMINISTRATION .....	50
COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION.....	51
CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS.....	53
COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE.....	57
COMITÉ DE PHARMACOLOGIE.....	59
CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS.....	61
CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE .....	65
COMITÉ DES USAGERS.....	67
COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ .....	69
COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES .....	70
PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES .....	70
COMITÉ DE GESTION DES RISQUES.....	72
ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES.....	74
CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	75
STATISTIQUES ANNUELLES.....	76

## LEXIQUE

- AQESS : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux  
ASSS : Agence de la santé et des services sociaux  
ASSSCN : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
ASSTASS : Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales  
BCM : Bilan comparatif des médicaments  
CEMDP : Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique  
CER : Comité d'éthique de la recherche  
CHSGS : Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés  
CHUL : Centre Hospitalier de l'Université Laval  
CHUQ : Centre hospitalier universitaire de Québec  
CECIL : Comité exécutif du conseil des infirmières et des infirmiers  
CIL : Conseil des infirmières et des infirmiers  
CM : Conseil multidisciplinaire  
CMDP : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens  
CPS : Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques  
CRIUCPQ : Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec  
CSJ : Centre de soins de jour  
CSSS : Centre de santé et de services sociaux  
CSST : Commission de la santé et de la sécurité du travail  
DACD : Diarrhées associées au Clostridium difficile  
DCP : Direction de la coordination des programmes  
DBP : Dérivation bilopancréatique  
DGAAC : Direction générale adjointe aux affaires cliniques  
DMS : Durée moyenne de séjour  
DSM : Direction des services multiclientèles  
ECG : Électrocardiogramme  
ERV : Entéroque résistant à la Vancomycine  
ETMIS : Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé  
FRSQ : Fonds de recherche en santé du Québec  
GMF : Groupe de médecine familiale  
GPS : Global Positioning System  
HSFA : Hôpital Saint-François d'Assise  
HTAP : Hypertension artérielle pulmonaire  
ICQ : Institut de cardiologie de Québec  
ICUQ : Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa  
IPS : Infirmières praticiennes spécialisées  
IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada  
ISC : Infections de site chirurgical  
IUCPQ : Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec  
MAGIC : Module d'aide à la gestion de l'information clinique  
MDEIE : Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation  
MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique  
MSI : Méthodes de soins infirmiers  
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux  
OIF : Organisation internationale de la Francophonie  
OING : Organisation internationale non gouvernementale  
OPQ : Ordre des pharmaciens du Québec  
OSBL : Organisme sans but lucratif  
PACS : Picture Archiving Communication System  
PALV : Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement  
PCI : Prévention et contrôle des infections  
PDI : Plan directeur immobilier  
PPMC : Pavillon de prévention des maladies cardiaques  
PQFPI : Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza  
PTI : Plan thérapeutique infirmier  
RMN : Résonance magnétique nucléaire  
RSS : Région sociosanitaire  
RUIS-UL : Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval  
SARDM : Système automatisés et robotisés de distribution des médicaments  
SARDO : Système d'Archivage des Données en Oncologie  
SARM : Staphylococcus aureus résistant à la Méthycilline  
SIAD : Suivi intensif à domicile  
SIDIEF : Secrétariat international des infirmières et des infirmiers de l'espace francophone  
SRSRSD : Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile  
SMSST : Système de management de la santé et de la sécurité au travail  
SNT : Site non-traditionnel  
TEP : Tomographie par émission de positrons  
UMF : Unité de médecine familiale  
USP : United States Pharmacopeia

## DÉCLARATION DE FIABILITÉ

La fiabilité de l'information publiée dans le rapport annuel de gestion et d'activités de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (anciennement Hôpital Laval) relève de ma responsabilité.

Ce rapport, qui porte sur l'exercice 2009-2010, décrit fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'établissement. Il présente aussi les indicateurs utilisés, les cibles fixées et les résultats obtenus.

Je déclare que les renseignements qu'il contient, ainsi que les contrôles y afférents, sont fiables, c'est-à-dire objectifs, exempts d'erreurs et vérifiables. Ces données rendent compte de la situation au 31 mars 2010.

Carl Taillon  
Directeur général

Ce présent Rapport annuel de gestion a été déposé lors de l'assemblée ordinaire du conseil d'administration du 7 septembre 2010. Ce rapport est également disponible sur le site Internet de l'établissement à la section « À propos de l'Institut », « Rapport annuel ». Est également disponible sur le site Internet le calendrier annuel des assemblées régulières du conseil d'administration, à la section « À propos de l'Institut », « Conseil d'administration ».

### Note au lecteur :

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons tout au long de cet ouvrage le diminutif *Institut* se référant à l'appellation complète *Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)*, affilié à l'Université Laval. L'utilisation de la lettre « K\$ » renvoie au nombre mille et la lettre « M\$ » signifie million. Le genre masculin a été utilisé afin d'alléger le texte.

ISSN 1920-9487 (version imprimée)  
ISSN 1920-9401 (PDF)  
ISBN 978-2-923250-23-6 (version imprimée)  
ISBN 978-2-923250-24-3 (PDF)  
Dépôt légal : 3<sup>e</sup> trimestre 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque et Archives Canada

Nous tenons à remercier tous ceux qui ont collaboré à la réalisation de ce rapport annuel.

### PRODUCTION :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec  
Direction générale  
Communications et relations publiques  
2725, chemin Sainte-Foy  
Québec (Québec) G1V 4G5

Téléphone : 418 656-4932  
Télécopieur : 418 656-4866  
IUCPQ.qc.ca  
IUCPQ@sss.gouv.qc.ca

Graphisme : Siamois graphisme

## MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU COMITÉ DE DIRECTION



### CONSEIL D'ADMINISTRATION

*Rangée arrière (de gauche à droite) :* M. Georges Smith, M<sup>me</sup> Anne Michaud, M. René Lamontagne, M. Carl Taillon, M. Laurent Després, M<sup>me</sup> Ginette G. Defoy, M. André-J. Castonguay.

*Rangée avant (de gauche à droite) :* M<sup>me</sup> Martine Dubois, M<sup>me</sup> Marie-France La Haye, M<sup>me</sup> Danielle Rodrigue, M. Jean Brown, M<sup>me</sup> Madeleine Nadeau, M<sup>me</sup> Louise Milot, M<sup>me</sup> Claudia Boulanger.

Absents lors de la prise de la photographie : M<sup>me</sup> Line Grisé, M<sup>me</sup> Annie Morin, M. Benoît Riendeau, M. Jean-Pierre Grégoire, M. Onil Gleeton, M. Adolphe Michaud et M. Serge Simard.



### COMITÉ DE DIRECTION

*Rangée arrière (de gauche à droite) :* M. Gino Albert, directeur des ressources humaines, M. Denis Potvin, directeur des services techniques, M<sup>me</sup> Francine Dubé, directrice des ressources financières, M. Guy Régnière, directeur des ressources informationnelles et technologiques, D<sup>r</sup> Carl Taillon, directeur général, D<sup>r</sup> Denis Richard, directeur de la recherche universitaire et M<sup>me</sup> Claudine Bois, directrice générale adjointe aux affaires institutionnelles et administratives.

*Rangée avant (de gauche à droite) :* D<sup>r</sup> Michel Piraux, directeur des services professionnels, M<sup>me</sup> Diane Benoît, directrice des soins infirmiers, M<sup>me</sup> Suzanne Petit, directrice générale adjointe aux affaires cliniques, M<sup>me</sup> Ann Lalumière, directrice associée - administration de la Direction de la recherche universitaire, M<sup>me</sup> Maryse Bernier, directrice des services multientières, M<sup>me</sup> Isabel Roussin-Collin, directrice de la coordination des programmes et D<sup>r</sup> Denis Coulombe, directeur de l'enseignement universitaire.

## MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION ET DU DIRECTEUR GÉNÉRAL



C'est toujours une grande fierté de présenter le rapport annuel de gestion de notre établissement. Il fait état des dossiers stratégiques, des priorités d'action ainsi que des grands travaux de l'année. Ces réalisations témoignent de l'énergie, du leadership et de la créativité de nos équipes. Certains dossiers ont particulièrement retenu l'attention du conseil d'administration au cours du présent exercice. Nous invitons le lecteur à prendre connaissance du contenu de ce document qui recense les principales activités réalisées, en lien avec les enjeux et les défis identifiés dans le [Plan stratégique 2008-2013](#). Vous remarquerez également que certains dossiers, amorcés cette année, se concrétiseront l'an prochain.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est un milieu vivant, chaleureux et proche des gens. Établie en 1918, notre institution est majeure à Québec et bien enracinée dans sa communauté. C'est un centre hospitalier qui, grâce à la compétence et au dévouement de son personnel et de ses médecins, fournit aux patients des soins et des services de la plus haute qualité. L'amélioration de l'accessibilité aux services dans une perspective réseau, la qualité et la sécurité des soins, la collaboration avec nos partenaires, la qualité de vie de nos employés de même que la valorisation de nos volets universitaires ont figuré parmi les dossiers d'importance.

L'année financière 2009-2010 marque la suite de l'implantation de la gestion par programmes, un changement organisationnel majeur pour notre institution. Cette transformation appelle des changements dans les structures, les modes de gestion et les pratiques, tant cliniques qu'administratives, et se poursuivra au cours des prochains mois.

Cette année aura été particulièrement marquée par la mise en place de mesures pour faire face aux deux vagues de grippe A (H1N1). En effet, ces mesures ont mobilisé nos troupes durant plusieurs mois, en plus des activités quotidiennes. La pandémie d'influenza nous a amené à questionner nos façons de faire et à adopter des plans d'action spécifiques à une pandémie. Nous avons donc mis en place diverses dispositions (ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières, procédures, logistique, formation du personnel, etc.) pour assurer des soins et des services adéquats en pareille circonstance. Ainsi réalisés, nos plans auront permis d'améliorer les processus et les dispositifs de préparation et d'intervention dans notre établissement lors d'événements majeurs, telle une pandémie.

En terminant, nous vous invitons à lire ce bilan afin de découvrir l'évolution de notre établissement, l'expertise et le dévouement de l'ensemble de son personnel, de ses médecins et de son conseil d'administration, ce qui fait de l'Institut **un centre hospitalier unique** au service de l'humain depuis plus de 90 ans. Nous invitons également le lecteur à consulter régulièrement le site Internet afin de suivre l'actualité de notre institution au jour le jour.

Bonne lecture.

Madeleine Nadeau  
Présidente du conseil d'administration

Carl Taillon  
Directeur général

# EN GUISE D'INTRODUCTION



L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec est un établissement de santé qui a marqué le 20<sup>e</sup> siècle et qui continue, par la qualité et le développement de ses services, à répondre aux besoins de santé sans cesse grandissants de la population. L'établissement est un centre hospitalier universitaire suprarégional dont le bassin de desserte de la clientèle s'élève à plus de 2 000 000 d'habitants, soit environ 30 % de la population du Québec.

Affilié à l'Université Laval, l'Institut offre à la population des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité. L'interaction continue entre les activités cliniques, la recherche, l'enseignement et l'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé permet une prestation de soins orientée vers les meilleures pratiques par l'entremise de médecins spécialistes et d'intervenants à la recherche constante de l'excellence. L'Institut se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspécialisés.

## UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec s'est forgé une réputation enviable autant au Québec qu'au Canada et dans le monde en raison

de la qualité des soins et des services qu'il prodigue à la population et des innovations et avancées technologiques dont il est constamment à l'affût. La détermination, le professionnalisme et le dynamisme des équipes de l'Institut sont directement reliés aux succès de l'établissement. Son rayonnement particulier provient du fait qu'il est :

- un centre hospitalier universitaire suprarégional établi en 1918;
- un établissement qui compte sur la collaboration et le dévouement de près de 3 000 employés, médecins, professionnels, chercheurs, gestionnaires et bénévoles;
- le seul hôpital au Canada à offrir, sous un même toit, des soins et des services spécialisés et ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité;
- le centre hospitalier ayant le plus important volume clinique en cardiologie tertiaire au Québec et au Canada;
- le centre de référence en soins tertiaires pour plusieurs autres centres canadiens de chirurgie cardiaque;
- l'un des plus importants centres de médecine respiratoire au Canada;
- un centre d'excellence en chirurgie bariatrique;
- l'établissement possédant un ratio de lits de soins intensifs et progressifs parmi les plus élevés au Québec;
- un centre hospitalier comportant une médecine spécialisée adaptée à sa mission et très efficace qui favorise une approche de santé globale et continue;
- un centre hospitalier reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la gestion et l'atteinte des cibles de soins et services à l'Urgence;
- un milieu de stage dynamique et propice en enseignement pour de nombreuses disciplines reliées au domaine de la santé;
- un Institut qui se compare avantageusement aux plus grands établissements nord-américains de soins ultraspécialisés;
- un Institut qui possède un centre de recherche reconnu à l'échelle internationale.

# SECTEURS D'INTERVENTION

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec intervient principalement sur le plan des maladies cardiopulmonaires et de celles reliées à l'obésité en offrant des services adaptés aux besoins de la population.

## CARDIOLOGIE

- Électrophysiologie cardiaque
- Échocardiographie
- Hémodynamie
- Chirurgie cardiaque
- Transplantation cardiaque
- Insuffisance cardiaque et cœur mécanique
- Prévention et réadaptation cardiaque

## PNEUMOLOGIE

- Centre de soins de jour
- Cliniques spécialisées de pneumologie
  - Apnée du sommeil
  - Asthme
  - Fibrose kystique
  - Guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon
  - Hypertension artérielle pulmonaire
  - Investigation en mode ambulatoire
  - Maladies pulmonaires interstitielles
  - Maladies pulmonaires obstructives chroniques
  - Oncologie
  - Sarcoïdose
- Chirurgie thoracique
- Endoscopie respiratoire diagnostique et interventionnelle
- Laboratoire spécialisé en troubles du sommeil
- Laboratoire de physiologie respiratoire
- Réadaptation respiratoire
- Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile
- Thérapie respiratoire

## OBÉSITÉ

- Centre d'excellence en chirurgie bariatrique
- Programme en obésité et métabolisme énergétique
- Consultations externes spécialisées

## AUTRES PROGRAMMES ET SERVICES

- Soins palliatifs
- Urgence
- Médecine spécialisée
  - Antibiothérapie intraveineuse à domicile
  - Anticoagulothérapie
  - Diabète
  - Insuffisance rénale
  - Clinique de plaies complexes
  - Endoscopie digestive
- Gériatrie
- Prévention et réadaptation



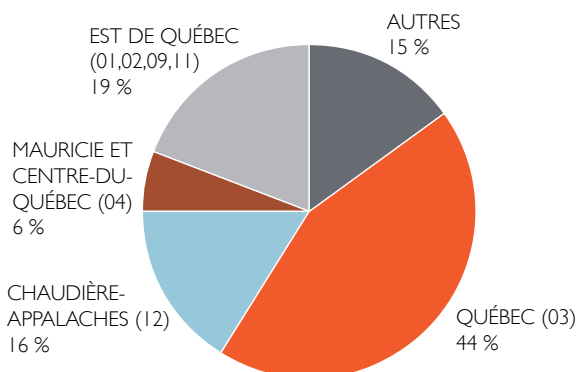


# PORTRAIT DE LA CLIENTÈLE

L'Institut dessert la population de la région de Québec ainsi que celle du Centre et de l'Est du Québec, soit Chaudière-Appalaches, Mauricie-Bois-Francs, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, Côte-Nord et Saguenay-Lac-Saint-Jean. De plus, certaines clientèles du nord du Nouveau-Brunswick sont également accueillies à l'IUCPQ.

La répartition de la clientèle hospitalisée, selon les régions sociosanitaires, reflète le mandat suprarégional de l'établissement. En 2009-2010, 44 % de la clientèle provient de la région immédiate de Québec.

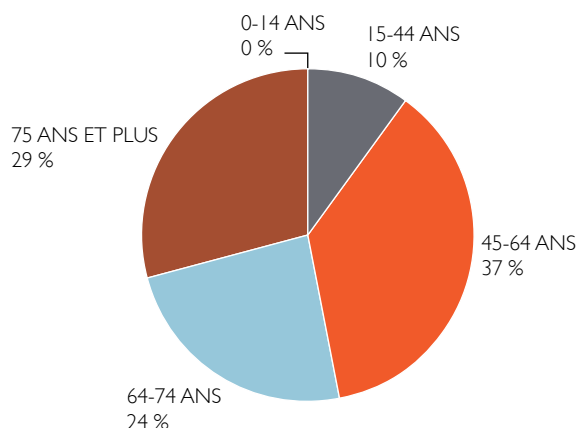
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR RSS  
2009-2010



Les hospitalisations ont connu une diminution de l'ordre de 2,7 % par rapport à l'année précédente. En effet, l'Institut compte 13 919 hospitalisations pour une durée moyenne de séjour (DMS) de 6,9 jours par rapport à 14 302 en 2008-2009, pour une DMS de 6,6 jours. Comme lors des années antérieures, la cardiologie et la pneumologie se partagent la majorité de la clientèle dans des proportions respectives de 60 % et 23 %. Les autres spécialités totalisent 17 % de la clientèle hospitalisée.

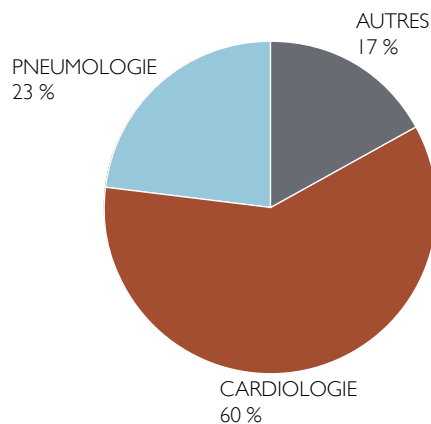
La répartition par groupe d'âge démontre que la clientèle la plus représentée est constituée de personnes de 45-64 ans pour un taux de 38 %. Suit de près la tranche d'âge de 75 ans et plus selon une proportion de 28 % de la clientèle totale hospitalisée.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR GROUPE D'ÂGE  
2009-2010



Par ailleurs, les cliniques ambulatoires offrent différents services tant dans les trois axes principaux de l'Institut, soit la cardiologie, la pneumologie et la chirurgie de l'obésité, que dans les cliniques spécialisées tels la médecine interne, l'ORL et les services dentaires curatifs. Ainsi, les visites en mode ambulatoire sont au nombre de 91 861 pour 32 712 usagers. Cela représente une augmentation de 5 % par rapport à 87 233 visites pour 31 614 usagers en 2008-2009.

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS PAR SPÉCIALITÉ  
2009-2010



## MISSION

### LA SANTÉ DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CARDIOPULMONAIRES ET DE MALADIES RELIÉES À L'OBÉSITÉ

Affilié à l'Université Laval, l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec se distingue par :

- ses programmes de soins et de services spécialisés et ultraspécialisés pour le traitement des maladies cardiopulmonaires et des maladies reliées à l'obésité pour une population locale, régionale et suprarégionale;
- ses programmes de soins et de services complémentaires en gériatrie, en soins palliatifs, en médecine interne ainsi que dans plusieurs autres spécialités;
- son urgence ainsi que ses soins et ses services généraux et spécialisés pour la population locale;
- son expertise en prévention et en réadaptation des maladies cardiopulmonaires;
- son centre de recherche regroupant des axes de recherche alignés avec sa mission clinique ultraspécialisée;
- son implication en enseignement;
- sa contribution en évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

# UN CENTRE HOSPITALIER UNIQUE

## VISION

### CHEF DE FILE DANS SES DOMAINES D'EXPERTISE, L'ÉTABLISSEMENT A POUR AMBITION :

- de rendre accessibles des soins et des services basés sur les meilleures pratiques professionnelles, à la fine pointe des connaissances et de la technologie;
- de viser l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins et des services;
- de rayonner comme milieu d'enseignement, de recherche et d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé;
- d'être un partenaire de choix, reconnu pour sa contribution au sein du réseau de la santé et des services sociaux du Québec;
- de retenir et d'attirer des personnes engagées et reconnues pour leur expertise et leur savoir-être.

## VALEURS

### LES VALEURS PRÔNÉES DICTENT LES COMPORTEMENTS À L'ÉGARD DES USAGERS, DU PERSONNEL, DES MÉDECINS, DES ÉTUDIANTS, DES BÉNÉVOLES ET DES PARTENAIRES

#### LE RESPECT :

Se traduit par des relations interpersonnelles basées sur la considération, l'écoute, la confiance, l'ouverture, la tolérance et l'honnêteté. C'est une considération réciproque des différences et des valeurs individuelles.

#### LA RECONNAISSANCE :

Se traduit par la valorisation au quotidien des intervenants œuvrant au sein de l'organisation. C'est apprécier les gens pour leur contribution et reconnaître leur expérience. C'est aussi tenir compte de leurs intérêts et de leurs motivations.

#### LA RESPONSABILISATION :

Se traduit par l'engagement personnel à réaliser les actions requises en vue de contribuer à l'atteinte des résultats recherchés.

#### LA COLLABORATION ET LE PARTENARIAT :

Se traduisent par le partage de l'information, des connaissances et des expériences dans un souci de travail d'équipe, de complémentarité et d'interdisciplinarité, tant à l'interne qu'à l'externe. C'est considérer l'impact de nos actions sur celles des autres et partager les responsabilités de manière équitable.

## ENGAGEMENTS

### AFIN DE RÉALISER NOS AMBITIONS, NOUS NOUS ENGAGEONS À :

- placer l'utilisateur et ses proches au centre de nos décisions et de nos actions;
- fournir un milieu de travail humain, valorisant et stimulant pour le personnel, les médecins, les étudiants et les bénévoles, basé sur le travail en équipe, l'interdisciplinarité et la participation aux processus décisionnels;
- contribuer avec nos partenaires, dans le respect de la mission et de l'expertise de chacun, à l'amélioration de l'offre de service sur le territoire du réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval;
- promouvoir la recherche et l'innovation afin de favoriser l'avancement et le transfert des connaissances;
- soutenir l'amélioration continue de la qualité et de la performance;
- fournir aux étudiants un encadrement et un environnement d'apprentissage qui favorisent la réussite;
- adopter et promouvoir des pratiques visant l'utilisation optimale des ressources naturelles et une gestion responsable des matières résiduelles.

# ORIENTATIONS STRATÉGIQUES



L'Institut fait face à plusieurs enjeux et défis majeurs. Les changements sociaux, économiques et démographiques des dernières décennies ont engendré de nouvelles réalités affectant le paysage hospitalier. Capitalisant sur la compétence et le dévouement du personnel, des médecins et des chercheurs, sur le taux élevé de satisfaction de notre clientèle et sur nos services de haute qualité, nous avons identifié dans le Plan stratégique 2008-2013 onze enjeux à partir desquels ont été définis notamment nos orientations stratégiques.

## ENJEU 1 : L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET AUX SERVICES ULTRASPÉCIALISÉS

Étant le seul établissement à offrir des services ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité, il faut assurer à la population de notre territoire l'accessibilité aux traitements de pointe à l'intérieur des délais prescrits et de la hiérarchisation des soins. Dans un contexte de ressources limitées, il faut s'assurer que les solutions mises en œuvre garantissent une utilisation optimale des lits, des ressources humaines et des équipements médicaux spécialisés.

**ORIENTATION :**  
CONSOLIDER ET DÉVELOPPER L'OFFRE DE SERVICE EN CARDIOLOGIE, EN PNEUMOLOGIE ET EN CHIRURGIE DE L'OBÉSITÉ.

### ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

Le Système informatisé du mécanisme d'accès aux services spécialisés (SIMASS) utilisé à l'Institut facilite le suivi des listes d'attente en chirurgie thoracique, de l'obésité et en ORL. Il permet d'offrir un service personnalisé à nos usagers inscrits. Déjà, nous observons une diminution marquée des usagers hors délai en attente de chirurgie dans ces secteurs. L'entrée en fonction d'un responsable de l'accès aux services spécialisés en fin d'année permettra, dans un avenir rapproché, d'étendre cette application à plusieurs autres secteurs d'activités. La révision de nos processus vise l'accès aux services médicaux spécialisés aux clientèles dans les délais reconnus, acceptables et identifiés dans le cadre de référence du MSSS.

### AJOUT D'UN 9<sup>e</sup> APPAREIL D'ÉCHOCARDIOGRAPHIE

En 2007-2008, l'Institut avait procédé à l'ouverture d'une 8<sup>e</sup> salle d'échocardiographie permettant ainsi de répondre au nombre croissant des demandes d'examen qui, au fil des ans, est devenu un examen diagnostique de base en cardiologie. Les activités intrahospitalières et le développement des soins et services requis par notre mission tertiaire génèrent un besoin croissant de ce type d'examen. Ainsi, afin d'agir sur les listes d'attente et également répondre aux besoins des clientèles tant hospitalisées qu'ambulatoire, l'Institut a fait l'acquisition d'un 9<sup>e</sup> appareil d'échocardiographie.



### SALLE INTERVENTIONNELLE EN ENDOSCOPIE RESPIRATOIRE

Le 18 mars 2010, l'établissement procédait à l'inauguration de la salle interventionnelle en endoscopie respiratoire. Cette salle, à la fine pointe de la technologie, permet de répondre aux plus hauts standards internationaux en matière d'exams diagnostiques et de traitements

en santé respiratoire. Elle offre un soutien à l'évaluation de ces lésions suspectes par la mise en disponibilité de nouvelles techniques telles que la biopsie des ganglions médiastinaux par bronchoscopie ou par oesophagoscopie sous contrôle ultrasonographique. Cette salle dispose également d'un système d'électronavigation qui permet d'aller biopsier des nodules pulmonaires périphériques en utilisant une technologie qui s'apparente au GPS (*Global Positioning System*). Ce projet de près de 3 M\$, auquel la Fondation de l'Institut et le MSSS ont apporté une contribution significative, permet donc d'offrir aux clientèles présentant des problèmes respiratoires complexes une gamme plus étendue d'examen diagnostiques et thérapeutiques surspécialisés. Cette salle interventionnelle est opérationnelle depuis novembre 2009.



### CONSOLIDATION DE L'ÉQUIPE DE RADIOLOGIE

Le Département de radiologie a connu, au cours de la dernière année, une augmentation de ses activités en ultrasonographie, tomodensitométrie et en résonance magnétique. Il y a quatre appareils d'échographie générale qui ont été remplacés, l'achat de nouvelles antennes, le rehaussement de la plateforme en résonance magnétique ainsi que l'acquisition d'un système de reconstruction 3-D en tomodensitométrie. Un radiologiste spécialisé en imagerie cardiothoracique s'est joint à l'équipe en cours d'année. De plus, le retour de *fellowship* de deux radiologistes permettra d'augmenter nos effectifs et de nous rapprocher du nombre déterminé de radiologistes demandé pour l'établissement. Toutes les actions entreprises au cours de la dernière année font en sorte de consolider le Département de radiologie et d'offrir les meilleurs services aux patients.

### TOMOGAPHE PAR ÉMISSION DE POSITRONS

Une caméra TEP a été mise en fonction en novembre 2009. La tomographie par émission de positrons est une technologie d'imagerie diagnostique de pointe utilisée en médecine nucléaire. Ce genre d'examen demande l'administration d'un radiotracer émetteur de positrons. L'acquisition d'images avec une caméra indique comment le traceur est distribué pour donner une information sur le fonctionnement des organes ou sur d'autres tissus comme des tumeurs. Un tomodynamomètre intégré à la caméra TEP sert à la correction de l'atténuation et à localiser précisément les lésions. L'appareil est utilisé dans les spécialités d'oncologie, de cardiologie et de neurologie. Les indications oncologiques ont contribué à l'essor considérable de cette technologie dans les pays industrialisés au cours des dernières années.



L'arrivée de la TEP dans notre établissement a eu un impact considérable dans l'investigation du cancer du poumon qui constitue l'indication la plus importante. La TEP est utilisée pour déterminer si un nodule pulmonaire est malin ou bénin, pour la recherche de métastases et pour l'évaluation des récurrences après traitement. Elle détecte des métastases insoupçonnées chez environ 20 % des patients, ce qui leur évitera les souffrances d'une chirurgie pulmonaire devenue inutile étant donné que leur maladie est généralisée. L'appareil est maintenant reconnu comme une modalité diagnostique incontournable dans l'évaluation du cancer du poumon.



En cardiologie, la TEP peut mesurer de façon précise la perfusion sanguine et le métabolisme du muscle cardiaque. Elle est reconnue comme le standard de référence pour l'évaluation de la viabilité du muscle cardiaque. La notion de viabilité est importante pour déterminer si un patient, souffrant d'insuffisance cardiaque sévère, est candidat pour une procédure de revascularisation ou plutôt pour une greffe cardiaque.



La mise en fonction de la TEP est l'aboutissement d'une collaboration du Département d'imagerie médicale avec les Départements de pneumologie et de cardiologie, de la Direction générale et du centre de recherche. Elle comprend un volet recherche sur l'oncologie pulmonaire et sur la cardiologie métabolique. En collaboration avec le centre de recherche, notre établissement a pu se doter d'un générateur Strontium/Rubidium nous permettant ainsi d'évaluer

l'utilisation clinique de la TEP au Rubidium-82 en cardiologie, une première au Québec. De plus, l'utilisation de la TEP nous rend moins vulnérables à la pénurie d'isotopes qui sévit en ce moment suite à la panne du réacteur nucléaire de Chalk River puisque les traceurs émetteurs de positrons sont produits par un autre type de technologie, soit le cyclotron. En bref, l'arrivée de cette technologie dans notre établissement permettra de garantir l'accessibilité pour notre clientèle à une modalité de médecine nucléaire diagnostique haut de gamme tout en améliorant la qualité de l'enseignement et de la recherche.

### CHANGEMENT DU SYSTÈME D'ARCHIVAGE D'IMAGES RADIOLOGIQUES

Le système d'archivage d'images radiologiques *Picture Archiving Communication System PACS* de la compagnie GE était déjà rendu à la fin de sa vie active. Nous avons le choix de remplacer les serveurs actuels ou d'acquérir un nouveau système AGFA afin d'uniformiser les installations à celles des établissements de la région de la Capitale-Nationale. L'IUCPQ a donc décidé de retenir cette dernière option. C'est au printemps 2009 que l'autorisation de démarrage a été octroyée par l'Agence de la santé et des services sociaux. La mise en production du système d'archivage AGFA s'est effectuée le 23 février 2010. Dans le cadre de ce projet, une dizaine de stations de consultation avec écrans diagnostiques pour les médecins ont été ajoutées. De plus, pour les examens radiologiques sur cédérom en provenance de l'extérieur, ce système a pour avantage de nous offrir la possibilité de visualiser les images à même la console. La migration des examens antérieurs vers le nouveau système d'archivage AGFA est actuellement en cours et devrait finalement se terminer d'ici la fin de l'année 2010.

### RÉSONANCE MAGNÉTIQUE CARDIAQUE

En imagerie cardiovasculaire, l'Institut a été pionnier dans l'utilisation de la résonance magnétique nucléaire (RMN) en phase aiguë d'infarctus du myocarde pour établir le potentiel de récupération du muscle cardiaque après l'angioplastie primaire. Ces résultats ont été publiés récemment dans le *Journal of the American College of Cardiology*. Il s'agit de données n'ayant encore jamais été publiées. L'utilisation de la RMN a également contribué à l'avancement des connaissances en post remplacement valvulaire aortique percutané ou transapical en décrivant les taux d'embolies cérébrales avec précision.

## **TRAITEMENT DE L'INFARCTUS DU MYOCARDE : UN ALGORITHME QUÉBÉCOIS SOUS LA DIRECTION D'UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAIRE VOIT LE JOUR**

À la demande du MSSS, un comité provincial, piloté par l'Agence de santé et des services sociaux, s'est vu donner comme mandat d'optimiser le temps de transfert à un plus grand nombre de patients pour pouvoir bénéficier de l'angioplastie primaire en phase aiguë de l'infarctus. Pour l'Institut, cela a représenté la formation d'un comité interdisciplinaire qui a produit un algorithme clinique ainsi que des outils favorisant l'arrivée des patients à l'Urgence visant à optimiser les trajectoires de soins dans l'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST). Cet algorithme, qui a reçu l'aval du MSSS, sera déployé à l'ensemble du réseau québécois et permettra de réduire les délais de traitement et de favoriser une meilleure prise en charge des patients. La seconde étape sera l'implantation de l'ECG préhospitalier dans l'ambulance. Cette stratégie d'orientation directe des patients vers les centres avec laboratoires d'hémodynamie permettra de réduire à nouveau les délais.



## **DIMINUTION DE LA LISTE D'ATTENTE AU SECTEUR D'ÉLECTROPHYSIOLOGIE INTERVENTIONNEL**

Dans le cadre d'une mesure temporaire visant la résorption des cas hors délai sur la liste d'attente d'électrophysiologie, l'Institut a procédé à l'utilisation d'une salle au bloc opératoire à raison de deux jours par semaine pour effectuer un volume supplémentaire de procédures d'électrophysiologie. Cette mesure est en place depuis le 16 octobre 2009 et cela jusqu'au 11 juin 2010. Plus de 164 procédures

supplémentaires ont été réalisées à la fin mars 2010. Cette démarche a contribué à résorber la liste d'attente en cardiostimulateurs et défibrillateurs dans les délais médicaux requis.

## **PROGRAMME DE FERMETURE PERCUTANÉE D'AURICULE GAUCHE**

L'anticoagulation diminue le risque d'événements emboliques (trouble du rythme fréquent et accidents cérébrovasculaires chez des patients avec fibrillation auriculaire chronique ou paroxystique). Le traitement avec anticoagulant est associé à un risque de complications hémorragiques majeures, fait qui contre-indique son utilisation chez un certain nombre de patients soit à cause de la présence d'une hémorragie grave sous anticoagulation ou d'un risque trop élevé de complications hémorragiques. Il faut remarquer que le risque d'événements emboliques chez ces patients reste élevé malgré l'utilisation d'un traitement antiplaquettaire pour remplacer le Coumadin. Il est bien connu que l'auricule gauche est l'origine de la plupart des thrombus dans les cas de fibrillation auriculaire. Des études récentes ont démontré que la fermeture par cathéter de l'auricule gauche était sécuritaire et efficace pour diminuer les accidents cérébrovasculaires chez des patients en fibrillation auriculaire. En date du 23 novembre 2009, le secteur d'hémodynamie, en collaboration avec le secteur d'électrophysiologie, a été le premier en Amérique du Nord à débiter avec succès un programme de fermeture par cathéter de l'auricule gauche avec la prothèse Amplatzer chez des patients avec fibrillation auriculaire chronique ou paroxystique avec des contre-indications au Coumadin. Les premiers cas ont été réalisés par une équipe interdisciplinaire. Ce programme devrait diminuer le risque d'accidents cérébrovasculaires chez ce groupe de patients avec risque embolique très élevé.



## **RECANALISATION PAR VOIE RÉTROGRADE D'OCCLUSIONS COMPLÈTES ET CHRONIQUES D'ARTÈRES CORONAIRES**

Cette technique de recanalisation d'occlusions par voie rétrograde, importée du Japon et adaptée par le Dr Stéphane Rinfret, responsable du programme, a été pratiquée jusqu'à maintenant avec un taux de succès de 85 % alors que les techniques traditionnelles se soldaient par un échec chez plus de 40 % des patients. La technique consiste à recanaliser les artères chroniquement occluses en désobstruant le blocage par son extrémité distale en plus de son extrémité proximale. Pour ce faire, deux cathéters sont utilisés simultanément et de petits fils métalliques et microcathéters avancés à travers de tout petits pontages naturels ou collatéraux irriguent l'artère occluse. Une des particularités est l'utilisation d'une approche double par voie transradiale pour l'ensemble des patients traités jusqu'à maintenant, ce qui s'inscrit dans une longue tradition d'excellence à parfaire et à enseigner la technique et les bénéfices de la voie transradiale dans notre centre. De plus, un programme de recherche combinant des techniques avancées d'imagerie cardiaque et coronarienne non invasives, sous la direction du Dr Éric Larose, vient compléter ce programme de recanalisation afin d'identifier les patients qui peuvent bénéficier de ces techniques complexes.

## **INTRODUCTION DE LA NOUVELLE GÉNÉRATION DE CŒUR MÉCANIQUE EN SUPPORT AU PROGRAMME DE TRANSPLANTATION CARDIAQUE**

L'utilisation des cœurs mécaniques de dernière génération a pris une ampleur importante. Plus de 23 greffes ont été réalisées durant la dernière année, ce qui fait de l'Institut le plus gros centre de greffe cardiaque au Québec. Les chirurgies aortiques complexes et le programme d'endoprothèses aortiques reçoivent des références nombreuses de tout le Centre et l'Est du Québec en raison de sa qualité et ses réalisations uniques. Le Service de chirurgie cardiaque est également pionnier dans le traitement et la prévention des infections sternales grâce à l'utilisation de nouvelles technologies de débridement et de fixation à l'aide de matériel hautement spécialisé et unique.

## **ACCUEIL DE LA CLIENTÈLE ADULTE ATTEINTE DE LA FIBROSE KYSTIQUE**

Tel que planifié dans le *Programme régional intégré pour les clientèles pédiatriques et adultes atteintes de fibrose kystique*, élaboré conjointement avec le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), l'Institut de part sa mission de soins tertiaires en pneumologie prend en charge la clientèle

adulte. À cet égard, une équipe interdisciplinaire formée d'une infirmière clinicienne, d'un physiothérapeute, d'une nutritionniste, d'un inhalothérapeute et d'une travailleuse sociale a débuté le suivi de la clientèle en mode ambulatoire dans les locaux du CHUQ en juillet 2008. Toutefois, en novembre 2009, l'ensemble des soins et services de la clientèle ambulatoire et hospitalisée a été intégré aux activités de l'établissement. Dorénavant, cette clientèle pourra bénéficier à l'Institut de l'ensemble des soins requis par leur état de santé.

## **GUICHET DE COORDINATION DE L'INVESTIGATION EN CANCER DU POUMON**

À la fin de l'année 2008-2009, un an après le début des activités du projet de guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon, un bilan a été déposé à l'Agence de la santé et des services sociaux. Bilan positif observé par une diminution de 14,6 % au niveau du délai d'investigation complémentaire réalisé à l'Institut et une diminution de 37,6 % au niveau du délai entre la date de suspicion identifiée par le médecin de famille et la date de prise en charge par l'Institut. L'ensemble du bilan a donné lieu à l'annualisation des ressources humaines requises à la réalisation des activités du guichet. Le guichet poursuit ses objectifs, soit :

- assurer une prise en charge rapide de la clientèle orientée pour suspicion de cancer du poumon;
- faciliter l'accès à l'expertise médicale de pointe et aux plateaux techniques pour les médecins orienteurs;
- diminuer les délais entre l'apparition des premiers symptômes, le diagnostic et l'amorce du traitement;
- favoriser l'investigation dans le milieu de vie de la personne orientée;
- répondre aux besoins exprimés par les partenaires du réseau en lien avec les projets cliniques en cancer.

## **PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)**

Les travaux pour concrétiser l'entente multipartite entre les centres hospitaliers et les centres de santé et de services sociaux sur le projet clinique PALV se sont poursuivis. La phase d'expérimentation a débuté à l'unité de courte durée gériatrique de l'Institut au 3<sup>e</sup> pavillon Notre-Dame en novembre 2009. Le personnel infirmier et les intervenants sociaux ont reçu de la formation sur les objectifs du projet et sur la trajectoire de l'utilisateur. La pandémie a amené la sortie massive de personnes hébergées en CHSGS causant une problématique d'accessibilité aux ressources

d'hébergement communautaire et un prolongement de l'hospitalisation chez cette clientèle. Cependant, la clientèle orientée à domicile ou en établissement privé a bénéficié de la mise en place rapide d'ajout de services répondant à ses besoins. Les travaux régionaux se poursuivent afin d'optimiser le processus. La phase II consistant à la mise en place de l'entente multipartite à toute la clientèle de l'IUCPQ, présentant un profil gériatrique, se poursuivra au cours des prochains mois.

### BLOC OPÉRATOIRE

Dans le but de diminuer les listes d'attente, notamment en chirurgie bariatrique, une salle additionnelle au bloc opératoire (salle 2) a été réaménagée. Cette salle a permis d'accroître considérablement le nombre d'interventions réalisées en chirurgie bariatrique. Pour l'année financière 2009-2010, les statistiques enregistrent une augmentation de 50 % par rapport à l'année précédente. Un total de 539 interventions a été effectué alors que l'année financière 2008-2009 en comptait 358.



### CIRCUIT DU MÉDICAMENT

Le MSSS a mis sur pied le Système automatisé robotisé de la distribution des médicaments (SARDM) en 2005 afin de permettre aux hôpitaux québécois de se conformer aux nouvelles normes de sécurité dans le circuit du médicament. Les objectifs visés sont d'assurer la sécurité et la traçabilité du médicament et d'assurer l'efficacité de l'organisation du travail au Département de pharmacie et sur les unités de soins en lien avec l'administration et la gestion des médicaments. Nous avons déployé différentes technologies ainsi qu'amélioré plusieurs processus afin d'actualiser les façons de faire. C'est ainsi qu'en mars 2009, nous avons débuté la distribution quotidienne des médicaments à tous les usagers à l'aide d'une emballeuse-ensacheuse. À l'automne 2009, nous avons implanté des cabinets automatisés décentralisés dans les unités de soins intensifs et à l'Urgence. Ces cabinets permettent maintenant l'accessibilité et l'administration sécuritaire de plusieurs médicaments aux usagers nécessitant des soins critiques. À l'hiver 2010, nous avons déployé des chariots de distribution de médicaments sur les unités de soins et modifié la méthode de soins concernant l'administration des médicaments.



On se souviendra qu'une emballeuse-ensacheuse (225 K\$) avait été installée en 2008-2009 dans des espaces entièrement rénovés, au coût de 25 K\$.



Coûts des équipements mis en place pour le circuit du médicament :

- Cabinets (450 K\$)
- Chariots (175 K\$)



### NOUVEAUX SCAS

Les Services centralisé d'additifs aux solutés (SCAS) du Département de pharmacie ont subi de nombreuses transformations au cours de la dernière année, et ce, toujours en lien avec le projet SARDM. Ces deux projets ambitieux ont nécessité plusieurs mois de travaux et ont été réalisés grâce à de nombreux efforts de la part du personnel de la pharmacie et de la Direction des services techniques. Depuis octobre 2009, la modernisation des lieux nous permet maintenant de répondre aux nouvelles normes de l'*United States Pharmacopeia* – USP 797 et d'offrir une qualité de préparation supérieure. L'acquisition de deux nouvelles hottes, d'une caméra pour la vérification à distance et d'une deuxième pompe permet au personnel de la pharmacie de travailler de façon plus efficace.

### BILANS COMPARATIFS DES MÉDICAMENTS

Depuis plus de deux ans, une équipe de pharmaciens participe activement à la réalisation de bilans comparatifs des médicaments (BCM) pour les patients admis à l'Urgence. L'élaboration du BCM est maintenant une pratique organisationnelle requise par Agrément Canada et s'avère un moyen d'obtenir et de communiquer de l'information complète sur les médicaments pris par les usagers au moment de l'admission, des transferts et des départs. Le travail du pharmacien est particulièrement apprécié par l'équipe des urgentologues et permet de déceler plusieurs problèmes reliés à la médication. Au cours de la dernière année, un deuxième pharmacien s'est joint à l'équipe en soirée et a permis de réaliser un BCM chez un peu plus de 50 % des patients admis via l'Urgence. Beaucoup de travail reste à faire pour qu'un BCM soit réalisé pour tous les usagers admis, tel qu'exigé par Agrément Canada. Cependant, il est clair que le Département de pharmacie jouera un rôle important dans ce nouveau processus obligatoire au cours des prochaines années.

## ENJEU 2 : LES SOINS ET LES SERVICES REQUIS PAR L'ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE L'USAGER

Tout en assurant une accessibilité accrue à nos services ultraspécialisés en cardiologie, en pneumologie et en chirurgie de l'obésité, il faut offrir un service d'Urgence à une population locale ainsi que des services généraux et spécialisés qui favorisent une approche de santé globale et continue. De plus, il faut conserver un milieu de pratique intéressant et valorisant pour l'ensemble des intervenants et maintenir les acquis en matière d'enseignement.

**ORIENTATION :**  
CONSOLIDER LES SOINS ET LES SERVICES GÉNÉRAUX ET SPÉCIALISÉS.

### LA GESTION PAR PROGRAMMES ET LA COGESTION

En avril 2008, le conseil d'administration de l'Institut adoptait le Plan stratégique 2008-2013 dont un des objectifs visait la *mise en place d'une structure et d'une gestion par programmes*. L'amélioration de la qualité des soins et des services, par l'introduction de nouvelles façons de faire afin de permettre une meilleure continuité des soins et un accès optimal aux services par nos clientèles, en était le but. Afin de traduire l'importance accordée au leadership clinique nécessaire pour réaliser ce changement majeur, la Direction générale adjointe aux affaires cliniques (DGAAC) a été créée dès juin 2008 et à la reprise des activités en septembre 2008, les travaux s'amorcèrent pour définir un *nouveau plan d'organisation des activités cliniques*. Ce plan d'organisation clinique, suite à une consultation élargie à l'interne, a été adopté par le conseil d'administration en juin 2009 afin de mener à bien ce changement organisationnel. Ainsi, l'adoption du nouveau plan d'organisation fut l'occasion de rendre formelle la cogestion, avec tout ce que cela comporte de défis, et de mettre sur pied les sept programmes suivants :

1. santé cardiovasculaire;
2. obésité;
3. santé respiratoire;
4. médecine spécialisée;
5. soins palliatifs et de fin de vie;
6. soins aux personnes âgées;
7. promotion de la santé et réadaptation.

Deux nouvelles directions ont par la suite été constituées au sein de la DGAAC. Il s'agit de la Direction de la coordination des programmes (DCP) et de la Direction des services multicientèles (DSM). Outre l'adoption du plan d'organisation clinique, l'élaboration d'un plan de communication spécifique aux éléments de sa mise en œuvre et la préparation d'un plan de soutien des cogestionnaires, les travaux réalisés en 2009-2010 pour *déployer cette nouvelle approche de gestion* sont regroupés sous trois axes, soit :

1. la mise en place de la nouvelle structure;
2. l'identification des mécanismes favorisant la cogestion;
3. le développement des programmes.

### MISE EN PLACE DE LA NOUVELLE STRUCTURE

Les postes de directrice de la coordination de programmes, de directrice des services multicientèles, de cogestionnaires médicaux et clinico-administratifs ainsi que de coordonnateur des admissions et responsable de l'accès aux services ont été affichés. À l'exception d'un de ces postes, les titulaires sont tous en fonction. Les modifications à l'organigramme de l'Institut ont eu un impact majeur sur le rôle et les responsabilités des directions cliniques de l'ancienne structure, soit la Direction des services professionnels (DSP), la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services hospitaliers et ambulatoires (DSHA). En effet, cette dernière a pour sa part été dissoute le 31 mars 2010, puis la DSP et la DSI ont vu leur rôle redéfini en fonction de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, notamment au regard de la surveillance et du contrôle de la qualité de l'acte professionnel. Les dossiers et les services qui appartenaient à la DSHA ont tous été transférés à des responsables désignés relevant de la DCP, de la DSM, de la DSI et de la DSP. La DSI et la DSP ont, quant à elles, révisé et ajusté leur plan d'organisation respectif en conséquence.

### IDENTIFICATION DES MÉCANISMES FAVORISANT LA COGESTION

L'intégration des cogestionnaires médicaux dans la gestion courante s'est faite progressivement dès leur entrée en fonction au début de l'année 2010. C'est une première étape pour atteindre notre objectif global de participation des médecins dans toutes les étapes des processus cliniques (de la décision, en passant par leur mise en œuvre, jusqu'à leur évaluation). La gestion de l'ensemble de

l'établissement, tant administrative que clinique, sera donc modifiée au fil des prochains mois, la cogestion étant désormais l'affaire de tous. Par ailleurs, les *mécanismes de coordination et de prise de décision* constituent le levier pour rendre viable la cogestion. Au 31 mars 2010, plusieurs comités cliniques existants (aviseurs ou de coordination) ont vu leur composition changer à cette fin et leur prise en charge a été confiée à la DCP, à la DSM, à la DSI et à la DSP.

### DÉVELOPPEMENT DES PROGRAMMES

Des travaux sont en cours pour concevoir un *cadre de référence* qui, une fois adopté, servira à élaborer les programmes et à définir les trajectoires de clientèles. Il faut noter que plusieurs programmes existent déjà sous une autre forme et ne nécessiteront qu'une révision. En



conclusion, maintenant que la structure de la gestion par programmes et de la cogestion est en place, l'accent sera donc mis sur le développement des programmes et, bien sûr, sur la clarification des rôles et responsabilités de chacun afin de consolider la cogestion en 2010-2011.

### CONSULTATION GÉRIATRIQUE

Depuis 2005, l'équipe interdisciplinaire intervient sur les unités de soins auprès de la clientèle présentant un profil gériatrique et des problématiques complexes. Cette année, 290 consultations ont été effectuées, dont 55 % en cardiologie et 21 % en pneumologie. L'équipe constate une augmentation progressive de la complexité des problématiques en lien avec ces clientèles. Ces usagers, très fragilisés, sont confrontés à plusieurs risques associés à l'hospitalisation tels le delirium, les chutes et les infections nosocomiales pouvant amener un déclin rapide de l'autonomie. De plus, nos statistiques indiquent une hausse des usagers de 85 ans et plus, respectivement de 29 % en 2007-2008 à 41 % en 2009-2010. Des rencontres de famille ont eu lieu pour 13 % des usagers suivis, ce qui a permis de partager avec les familles et l'usager les résultats des évaluations et de proposer des recommandations pour planifier leur départ.

### SOINS PALLIATIFS

L'équipe interdisciplinaire de soins palliatifs supporte, depuis 1990, les équipes soignantes des unités de soins et des différentes cliniques ambulatoires. Les usagers présentant des situations complexes soit de douleurs rebelles ou de symptômes difficiles à contrôler, peuvent ainsi bénéficier de soins de confort et de fin de vie ou encore stabiliser leur état de santé en vue d'un retour à domicile. De plus, l'équipe assume l'hospitalisation d'usagers dans cinq lits dédiés au 3<sup>e</sup> Notre-Dame. Les demandes de consultation sont en progression constante, soit 3 747 visites pour 454 usagers. Le taux d'occupation des lits dédiés est de 94 % pour une durée moyenne de séjour de 6,06 jours. La clientèle provient de différents services soit : 56 % en pneumologie, 17 % en cardiologie et 13 % en médecine interne.

## PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA RÉADAPTATION

L'Institut reconnaît les bienfaits de la promotion de la santé et la réadaptation. À cet égard, plusieurs événements et activités de soins ont été réalisés auxquels ont collaboré le Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC) et le Service de réadaptation. Parmi ces événements, entre autres, y figurent :

- dépistage des facteurs de risque dans le cadre du brunch annuel de la Fondation;
- salon Équilibre Santé Forme tenu à Place Laurier;
- défi Pierre Lavoie;
- formation des nutritionnistes du Québec *La nutrition au cœur de la santé cardiovasculaire*;
- collaboration avec le réseau québécois de l'asthme et de la MPOC tant en nutrition qu'en kinésiologie;
- poursuite du projet d'aide à la cessation tabagique pour la clientèle hospitalisée;
- intégration du système de jeu électronique interactif *Will* au Service de réadaptation comme outil d'évaluation et de programme de réadaptation afin d'optimiser l'autonomie fonctionnelle des clientèles référées.

## CLINIQUE-RÉSEAU QUÉBEC

L'Institut maintient son implication au projet de Clinique-réseau Québec. Ce projet poursuit l'objectif de définir des trajectoires de référence vers les différents centres hospitaliers de la Capitale-Nationale, selon les spécialités, pour les clientèles qui consultent en clinique médicale pour une problématique de santé spécifique. L'accessibilité

aux trajectoires, par les médecins des cliniques médicales, permet une prise en charge des clientèles selon un niveau d'urgence préalablement défini. Pour l'Institut, la trajectoire du guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon est déjà accessible. Les trajectoires pour les problématiques spécifiques de santé respiratoire sont actuellement en élaboration. De plus, des travaux seront initiés pour répondre aux besoins des clientèles diabétiques et celles aux prises avec des problèmes de santé cardiovasculaire.

## PLASMAPHÉRÈSE

L'Institut poursuit les démarches avec le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec – Hôpital de l'Enfant-Jésus – dans le cadre de l'élaboration de l'entente de service de plasmaphérèse. Cette entente prévoit, entre autres, l'acquisition d'un appareil de plasmaphérèse par l'Institut et l'implication de notre équipe, en collaboration avec le personnel de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, lors de traitement de plasmaphérèse requis par nos clientèles hospitalisées. L'équipe d'infirmières des deux établissements dédiée aux soins de ces clientèles a reçu un programme de formation sur l'utilisation de l'appareil acquis par l'Institut. De plus, nos intervenants ont bénéficié d'une période de jumelage avec l'équipe de plasmaphérèse de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus afin de développer leur expertise. Il est prévu de débiter l'entente de service au cours de l'été 2010.

## ENJEU 3 : LA DISPONIBILITÉ DU PERSONNEL ET DES EFFECTIFS MÉDICAUX

Dans le contexte actuel de pénurie de personnel et d'effectifs médicaux, il est impératif de développer des stratégies de rétention et d'attraction. Un environnement de travail attrayant et stimulant dans un contexte de pratique de haut niveau contribue à favoriser la rétention et le recrutement de personnes compétentes.

### ORIENTATIONS :

CRÉER DES CONDITIONS FAVORABLES À LA RÉTENTION ET À L'ATTRACTION DU PERSONNEL;

DÉVELOPPER UN MILIEU DE TRAVAIL STIMULANT ET VALORISANT;

AMÉLIORER LA SANTÉ ET LA PRÉSENCE DU PERSONNEL;

DISPOSER DES EFFECTIFS MÉDICAUX NÉCESSAIRES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DES USAGERS.



### ATTRACTION ET RÉTENTION PROGRAMME DE PRÉCEPTORAT

En octobre 2009 débutait un nouveau programme de préceptorat à l'Institut. Ce programme, soutenu par le MSSS, vise deux objectifs principaux:

- soutenir les jeunes infirmières et infirmières auxiliaires de moins de trois ans sur les quarts de soir et de nuit dans les débuts de leur carrière;
- maintenir à l'emploi les infirmières d'expérience de plus de 50 ans.

Ce programme permet de guider les jeunes au quotidien par des professionnelles d'expérience et souhaitant transférer leurs connaissances et leur expertise aux nouvelles collègues. À l'Institut, six préceptrices ont accepté de relever ce nouveau défi, ainsi, supervisées et guidées par l'équipe des conseillères cliniciennes en soins infirmiers. Celles-ci ont rejoint 77 infirmières et infirmières auxiliaires. Chacune a bénéficié personnellement de l'expérience et du soutien de la préceptrice pour une période équivalente de trois à six heures de préceptorat réparties sur huit semaines, à raison de 30 minutes par semaine.

### RECRUTEMENT

Les objectifs de recrutement, tous titres d'emploi confondus, ont été atteints, et ce, dans un contexte où le défi consiste à toujours faire preuve de plus d'audace et d'imagination. En ce qui a trait aux soins infirmiers, plus particulièrement pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, l'objectif fut atteint de justesse au 31 mars 2010 en dépit des difficultés liées à la situation de la relève infirmière. Il importe de préciser que malgré une hausse du nombre de départs à la retraite, nous notons parallèlement une baisse des départs pour toutes autres raisons, créant ainsi un certain équilibre dans les mouvements de main-d'œuvre et les besoins en termes d'effectifs.

### MOUVEMENTS DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Après une année marquée par la titularisation des salariés de la catégorie *soins infirmiers* et *cardiorespiratoires* où un grand nombre de postes d'infirmières furent affichés à l'interne, la tendance est revenue à la normale pour 2009-2010. En ce qui a trait à l'affichage externe, certains départs à la retraite et des mouvements créés par la mise en place de la gestion par programmes ont influé sur le nombre de postes affichés au cours de l'année.

## RÉTENTION DU PERSONNEL

Au-delà de l'attraction du personnel, la fidélisation des nouveaux employés s'avère la pierre angulaire de la stratégie en ressources humaines dans une optique de maintien et de développement de notre mission de soins et services. Dans ce cadre, le taux de rétention du personnel est un indice de premier plan quant à la capacité de notre établissement à répondre aux attentes des nouveaux employés. Au cours de la dernière année, notre taux se situe donc à 79,2 %. Il s'agit d'une augmentation par rapport au taux de l'an dernier, ce qui, dans le contexte de rareté et de compétitivité, est une excellente nouvelle. Bien que nous atteignons un certain plateau en termes de recrutement, la diminution des départs au cours de la première année d'embauche explique cette légère hausse de notre taux de rétention. En tenant compte du nombre grandissant de départs à la retraite, les stratégies de prolongation de la vie professionnelle et de retour au travail des personnes retraitées s'avèrent des incontournables. Bien que certaines mesures de réembauche aient un certain succès, par exemple la disponibilité à la carte, nous devons assurer des conditions favorisant la rétention sur une base organisationnelle, et ce, à tous les stades de la carrière.

## CENTRALISATION DE LA LISTE DE RAPPEL ET DE LA GESTION DES HORAIRES

Ayant pour but ultime d'améliorer l'efficacité de la gestion et d'assurer l'harmonisation des pratiques entourant les activités de remplacement dans le respect des conventions collectives et des arrangements locaux, la centralisation des activités d'affectation et de gestion des horaires à la Direction des ressources humaines aura marqué la présente année. Bien qu'officiellement intégré en janvier 2009, ce service aura réellement actualisé le changement lors de son déménagement dans les nouveaux locaux en octobre 2009. Les principes qui sous-tendent cette transformation sont les suivants :

- soutenir la mise en place de la gestion par programme par des processus administratifs intégrés;
- harmoniser les pratiques afin d'améliorer la planification de la main-d'œuvre;
- améliorer l'efficacité de gestion et permettre aux gestionnaires d'exercer pleinement leur rôle.

TABLEAU EFFECTIFS RESSOURCES HUMAINES		
<b>CADRES</b>		
	2008-2009	2009-2010
MOINS DE 30 ANS	4	4
30-39 ANS	14	18
40-49 ANS	38	35
50-54 ANS	19	21
55 ANS ET PLUS	25	17
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>95</b>
<b>EMPLOYÉS</b>		
	2008-2009	2009-2010
MOINS DE 30 ANS	607	695
30-39 ANS	530	562
40-49 ANS	541	542
50-54 ANS	313	309
55 ANS ET PLUS	217	231
<b>TOTAL</b>	<b>2208</b>	<b>2339</b>
<b>NOMBRE D'EMBAUCHES ET DE RETRAITES (INCLUANT CADRE)</b>		
	2008-2009	2009-2010
DÉPARTS À LA RETRAITE	65	86
DÉPARTS (EXCLUANT LES RETRAITES)	212	228
<b>TOTAL - DÉPARTS</b>	<b>277</b>	<b>314</b>
<b>EMBAUCHES</b>	<b>322</b>	<b>349</b>
<b>STATUT DES EMPLOYÉS (EXCLUANT CADRES)</b>		
	2008-2009	2009-2010
TEMPS COMPLET	1144	1256
TEMPS PARTIEL	585	603
OCCASIONNEL	479	480
<b>TOTAL</b>	<b>2208</b>	<b>2339</b>
<b>PERSONNEL (EXCLUANT CADRE)</b>		
	2008-2009	2009-2010
CATÉGORIE 1	1005	1075
CATÉGORIE 2	514	530
CATÉGORIE 3	340	388
CATÉGORIE 4	349	346

TABLEAU EFFECTIFS MÉDICAUX		
	2009-2010	2008-2009
<b>EFFECTIFS MÉDICAUX</b>		
TOTAL EFFECTIFS MÉDICAUX	<b>153</b>	<b>152</b>
SPÉCIALISTES	131	131
OMNIPRATICIENS	22	21
<b>BÉNÉVOLES</b>		
NOMBRE TOTAL DE BÉNÉVOLES	89	86

## RECONNAISSANCE

Un programme de reconnaissance a été élaboré et mis en œuvre au cours de la dernière année. Quelques activités prévues au programme sont décrites ci-dessous.

### SOIRÉE RECONNAISSANCE POUR LES PERSONNES AYANT ATTEINT 25 ANS DE SERVICE ET CELLES RETRAITÉES

La soirée a eu lieu le 5 novembre 2009 au Musée National des Beaux-Arts du Québec. Cette soirée a permis de souligner le travail exceptionnel de 111 personnes provenant de l'ensemble des directions de notre organisation dont 94 étaient présentes.



## PROGRAMME D'APPRÉCIATION DE LA CONTRIBUTION

Le programme Privilège a été adopté en janvier 2010 et sera mis en œuvre en septembre 2010. Ce programme vise à dépasser la rencontre annuelle d'appréciation de la contribution d'un employé par la mise en place de moyens visant à favoriser les échanges entre gestionnaires et employés.

## GALA RECONNAISSANCE

Une procédure concernant la réalisation d'un gala reconnaissance a été adoptée par le comité de direction le 10 mars 2010. La tenue du gala est prévue pour le 20 mai 2010. Six catégories seront reconnues lors de la soirée et le prix d'excellence sera remis à l'occasion de cet événement.

## PRIX RELÈVE INFIRMIÈRE

Le comité relève infirmière de l'Institut attribue chaque année à une jeune infirmière ou infirmière auxiliaire de moins de cinq ans d'expérience le Prix Relève infirmière. Ce prix est remis lors du cocktail Reconnaissance du Conseil des infirmières et infirmiers (CII) à une jeune recrue qui s'est démarquée par son dynamisme, son implication auprès de la clientèle et sa participation à améliorer le climat de travail. Elle croit à sa profession et s'y implique activement. En mai 2009, le Prix Relève infirmière a été décerné à madame Elizabeth Robert, assistante infirmière-chef au 3<sup>e</sup> soins intensifs, chirurgie cardiaque.

## PRIX MENTOR

Le Prix Mentor remis à chaque année par le comité relève infirmière vise à reconnaître une infirmière d'expérience qui a su soutenir les jeunes infirmières à travers les hauts et les bas d'une journée. Cette infirmière partage ses connaissances et son expérience sans retenue avec les jeunes recrues dans un souci d'assurer des soins sécuritaires et de qualité auprès de nos clientèles. Celle-ci est choisie par processus de vote par les jeunes infirmières de tous les secteurs de l'Institut. Cette année, le Prix Mentor a été décerné à madame Ginette Mercier, infirmière du 4<sup>e</sup> pavillon Central Est, unité accueillant la clientèle de médecine cardiaque.

## CORRID'ART

Le projet Corrid'Art permet aux employés et aux médecins d'exposer les œuvres qu'ils ont créées (huile, aquarelle, photographie, pastel, sanguine, etc.). L'objectif de ce projet est de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie au travail par la révélation de leurs talents en reconnaissant que les personnes qui évoluent à l'Institut sont importantes, non seulement de par le travail qu'elles accomplissent,

mais aussi par les aspects de leur personnalité, leurs expériences et leurs talents. Quatre expositions par année, d'une durée de trois mois chacune, se déroulent dans les locaux de la Direction des ressources humaines.

### **SOUTIEN AUX GESTIONNAIRES ET AUX ÉQUIPES**

Sur demande, des démarches d'accompagnement ont été réalisées afin de soutenir les gestionnaires dans certaines sphères de la gestion des ressources humaines telles que la réorganisation du travail, la consolidation d'équipe, la communication et la gestion des employés difficiles, pour n'en nommer que quelques-unes.

### **MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT**

L'attrait de notre milieu auprès des établissements d'enseignement, autant de niveau universitaire, collégial ou secondaire, s'est traduit par l'accueil de plus de 1 000 stagiaires pour l'année.

### **GESTION DES COMPÉTENCES**

Dans le but de soutenir la formation continue, plus de 1 M\$ ont été investi pour l'année, représentant plus de 4 898 présences à différentes activités de formation. Par ailleurs, dans le cadre du programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza (PQFPI) de la grippe A (H1N1), 65 % du personnel avait été formé sur les différents modules de formation lors de la reddition de compte faite au MSSS le 19 octobre 2009.

### **AMÉLIORATION CONTINUE**

Une visite des représentants d'Agrément Canada a été réalisée du 15 au 19 novembre 2009. Le rapport produit suite à cette visite fait mention d'une recommandation à mettre en place pour s'assurer que les rôles des intervenants en ce qui concerne les soins et la sécurité des clients soient définis et connus de tous. Un plan d'action a été élaboré pour s'assurer de la conformité de nos pratiques de gestion en ressources humaines selon les pratiques organisationnelles requises, telles que définies par Agrément Canada pour le volet du capital humain.

### **PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ DU PERSONNEL DÉMARCHE DE CERTIFICATION CSA-Z-1000-06**

La participation de l'Institut au comité aviseur provincial visant l'implantation d'un système de management de la santé et de la sécurité au travail s'est poursuivie au cours de l'année. À ce titre, nous avons collaboré à la rédaction

des premiers documents nécessaires et exigés pour l'implantation d'un Système de management de la santé et de la sécurité au travail (SMSST). Les travaux du comité provincial devraient se terminer à la fin de l'exercice financier 2010-2011 et la documentation qui aura été produite sera éventuellement proposée aux autres établissements du réseau de la santé et des services sociaux.

### **RÉGIME D'ASSURANCE SALAIRE**

Le ratio d'assurance salaire a diminué de façon importante, passant de 5,57 % à 4,93 %. Cela s'explique par une baisse significative du nombre d'heures d'absence en assurance salaire par rapport à l'année précédente et par une certaine augmentation du nombre d'heures travaillées. Nous avons ainsi atteint l'objectif de 5,00 % qui nous avait été fixé par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

### **RÉGIME DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST)**

Au cours de la dernière année, 81 travailleurs se sont absentés en raison d'une lésion professionnelle. De ces 81 lésions, 69 sont survenues au cours de l'année 2009-2010 et 12 étaient en raison d'un événement survenu l'année précédente. Encore une fois, les événements, ayant pour cause la mobilisation des usagers ou leur sécurité, sont ceux qui génèrent le plus grand nombre d'accidents et, de façon générale, ce sont les accidents les plus graves. D'autre part, il y a un nombre relativement important d'événements qui ont trait à la manutention de charge, à de faux mouvements ou à des efforts excessifs déployés lors de l'exécution d'une tâche.

### **CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A (H1N1)**

Avec la menace imminente d'une pandémie de grippe A (H1N1), la campagne de vaccination contre la grippe a pris une toute autre forme cette année. En effet, nous devons rencontrer diverses exigences émises par le MSSS et effectuer la vaccination vers la fin du mois d'octobre, et ce, sur une période maximale d'au plus deux à trois jours. Pour ce faire, notre établissement a pu compter sur la précieuse collaboration de divers intervenants du CSSS de la Vieille-Capitale au cours des étapes de planification et de réalisation de la campagne de vaccination, ainsi que sur celle de plusieurs personnes employées ou retraitées de l'Institut. Près de 2 700 personnes se sont fait vacciner lors de la campagne des 29 et 30 octobre 2009.



## ENJEU 4 : LA DISPONIBILITÉ D'ESPACES PHYSIQUES FONCTIONNELS ET SÉCURITAIRES

Bien que dans un bon état, les infrastructures immobilières ne répondent plus aux besoins actuels et futurs. L'exiguïté des locaux, le manque généralisé d'espace et l'existence de chambres à occupation multiple sont autant de lacunes auxquelles l'établissement doit faire face afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins.

### ORIENTATIONS :

POURUIVRE LES DÉMARCHES POUR LA RÉALISATION DU PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER;

APPORTER À COURT TERME DES SOLUTIONS POUR AMÉLIORER LA SÉCURITÉ DES SOINS ET SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT ET LA CONSOLIDATION DE L'OFFRE DE SERVICE.

### PLAN DIRECTEUR IMMOBILIER RÉVISÉ

Faisant suite à une première version élaborée en 2006, le Plan directeur immobilier (PDI) a fait l'objet d'une mise à jour à l'été 2009. Pourquoi une révision après si peu de temps? L'élaboration d'un PDI est un exercice complexe, qui a nécessité la participation de nombreux intervenants de notre établissement et comme pour toute chose complexe, le temps apporte un mûrissement et permet l'appropriation fine de l'ensemble des divers éléments de contexte, autant du côté de l'établissement que du côté de nos partenaires (MSSS et Agence). Ainsi, à la suite du processus de révision, la planification immobilière envisagée est beaucoup plus souple, mieux adaptée à une réalisation en étapes et tient compte de nos préoccupations à court terme. Le PDI révisé prévoit cinq phases principales, soit :

1. un agrandissement en façade sur trois niveaux pour y recevoir le plateau d'électrophysiologie;
2. un agrandissement au-dessus du garage de l'Urgence pour y consolider le plateau de tomographie;
- 3 la construction d'un bâtiment près du pavillon Notre-Dame pour y regrouper les activités ambulatoires;
4. la construction d'un bâtiment à l'extrémité Est du pavillon Central pour y aménager une nouvelle Urgence et un nouveau bloc opératoire;
5. la construction d'un bâtiment à l'extrémité Ouest du pavillon Central qui permettra la répartition des lits d'hospitalisation sur une plus grande superficie.

À ce jour, nous avons été autorisés à procéder aux études relativement aux phases 1 et 2. Ces études devraient être complétées d'ici douze mois. Nous prévoyons le début de construction au printemps 2012. Les discussions se poursuivent avec l'Agence et le MSSS pour l'actualisation des autres éléments de notre plan.



**INVESTISSEMENT EN ÉQUIPEMENT MÉDICAL**  
UN INVESTISSEMENT IMPORTANT A ÉTÉ RÉALISÉ EN COURS D'ANNÉE, NOTAMMENT :

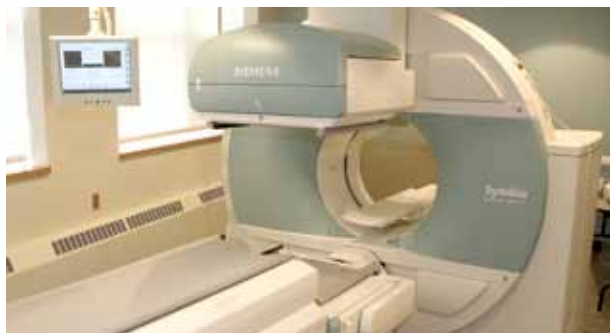
- Les premiers examens cliniques de tomographie par émission de positrons (TEP-TDM) ont été réalisés en novembre 2009. En effet, ce nouveau plateau technique, d'une valeur de plus de 3 M\$, regroupe une salle de préparation et d'injection des marqueurs ainsi que les équipements. La salle d'examen, où l'on retrouve la caméra TEP couplée à un tomodensitomètre, permet d'obtenir une localisation anatomique beaucoup plus précise des structures recherchées. Le projet en immobilisations a coûté 2,2 M\$.



- Après un peu plus de cinq années de service, le système PACS permettant d'archiver et de distribuer sous forme numérisée les images radiologiques dans l'ensemble des unités de soins de l'hôpital, a été remplacé. Cet investissement de l'ordre de 1,8 M\$ a été réalisé de

manière à ce que l'Institut utilise un outil harmonisé avec l'ensemble des établissements de la région et du RUIS de l'Université Laval. Le nouveau PACS est opérationnel depuis février 2010.

- Grâce notamment aux enveloppes de maintien (4,61 M\$) et de consolidation (140 K\$) des équipements médicaux obtenues du MSSS, de nouveaux équipements ont été acquis au cours de l'année, pour une valeur totale d'environ 5 M\$. En voici les principaux :
  - Un module PCR permettant le dépistage rapide des cas positifs de *C-difficile* de manière à mieux contrôler leur propagation dans l'hôpital (35 K\$);
  - Deux colorateurs de lames microscopiques et un lecteur automatisé d'antibiogrammes dans les laboratoires de pathologie et de microbiologie (150 K\$) pour l'amélioration de la qualité des services;
  - Remplacement des systèmes de mesures physiologiques dans les salles d'électrophysiologie (450 K\$);
  - Échocardiographe et ergocycle en position couchée pour une neuvième salle d'examen (175 K\$);
  - Remplacement des systèmes informatiques des trois unités CR (*Computed Tomography*) pour la prise de radiographies au chevet (70 K\$);
  - Remplacement d'un appareil de radiographie mobile (50 K\$);
  - Rehaussement du tomodynamomètre et du système de résonance magnétique pour améliorer la qualité des images (500 K\$);
  - Ajout d'un troisième système de pléthysmographie corporelle et amélioration des systèmes de provocation bronchique en physiologie respiratoire (175 K\$);
  - Remplacement d'une caméra scintigraphique par une caméra SPECT-CT (850 K\$). Un montant de 250 K\$ a été alloué pour les travaux requis pour ce projet;



- Respirateurs en vue de la pandémie d'influenza (400 K\$) et remplacements (175 K\$);
- Remplacement du système PACS (1,6 M\$);

- Équipements divers d'échographie, d'endoscopie digestive et bronchique, de surveillance des signes vitaux, d'aphérèse et de défibrillation (450 K\$).

- À la mi-janvier 2010, un nouveau système de surveillance par télémétrie des signes vitaux des usagers hospitalisés, desservant l'ensemble des unités de soins et services, a été mis en marche. Il aura fallu plus d'un an de travaux préparatoires, dont la mise en place d'un réseau de transmission numérique sans fil des signaux (type WiFi), ayant nécessité plusieurs travaux d'infrastructure (câblage, redondance des équipements de télécommunication pour assurer une qualité de service sans faille, alimentation électrique par UPS central, etc. Plus de 100 patients sont surveillés simultanément à distance grâce à ce système dont le coût global de la mise en place s'élève à plus de 1,3 M\$. De plus, un montant de 475 K\$ a été requis pour installer les armoires satellites.
- Dans le cadre du programme d'insuffisance cardiaque, une nouvelle technologie de cœur mécanique implantable (Hearmate II), plus compact et qui pourrait prochainement être utilisé comme solution permanente sans nécessité de transplantation cardiaque ultérieurement, a été implanté. Il s'agit d'un investissement en équipements de plus de 250 K\$ qui a été nécessaire pour soutenir ce changement, dont plus de 150 K\$ financés par la Fondation de l'UCPQ.

## DÉMÉNAGEMENT DES SERVICES CLINIQUES ET ADMINISTRATIFS

Quelques Services ont fait l'objet de réaménagement ou de relocalisation durant la présente année. Il s'agit :

- Relocalisation du Service d'audiovisuel et de la bibliothèque médicale au 4<sup>e</sup> pavillon Marguerite-d'Youville;
- Relocalisation de la Direction de l'enseignement universitaire (salles et bureaux administratifs) au pavillon Rousseau;
- Relocalisation d'une partie des archives médicales au pavillon Rousseau;
- Construction de la caméra TEP au 1<sup>er</sup> pavillon Central;
- Relocalisation de la Direction des ressources humaines au 4<sup>e</sup> pavillon Marguerite-d'Youville;
- Réaménagement de l'endoscopie respiratoire au pavillon Laval;
- Réaménagement de la pharmacie aux pavillons Laval et Central.

Tous ces réaménagements totalisent 2 114 mètres carrés.

## ENJEU 5 : L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

Pour soutenir sa culture d'excellence, l'établissement doit mettre en place une approche intégrée d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de façon à offrir à sa clientèle les meilleurs soins possibles dans un environnement sécuritaire pour l'usager et le personnel.

### ORIENTATIONS :

RENFORCER NOTRE APPROCHE EN MATIÈRE DE QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES;

SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES;

ASSURER UNE PRESTATION SÉCURITAIRE DES SOINS

### LA GESTION PAR PROGRAMMES ET LA COGESTION

Se référer au texte des pages 14 et 15.

### PANDÉMIE DE LA GRIPPE A (H1N1)

La pandémie de la grippe A (H1N1) fut l'occasion pour le comité local de sécurité civile de travailler en phase « intervention » du plan local de lutte à une pandémie d'influenza. Les volets et sous-volets représentés dans ce comité sont les suivants : santé physique, santé publique, psychosociale, maintien des activités (et ses sous-volets) et communication. Le coordonnateur local de la sécurité civile et le chef du Service de sécurité sont également membres de ce comité. La cadence de travail entre les rencontres de suivis fut très importante pour tous les membres du comité, au printemps et particulièrement à l'automne 2009.

Le comité a su s'ajuster aux différentes demandes ministérielles, entre autres, à la préparation d'un site non-traditionnel (SNT). Cette tâche, à elle seule, fut un exercice colossal. Elle a monopolisé une grande partie des intervenants à l'interne, tant au niveau de la logistique que pour la préparation physique et structurelle des lieux. Nous avons parallèlement doublé la capacité des soins intensifs en plus de déployer rapidement une clinique de vaccination à l'interne. Également, notre établissement se devait de rejoindre l'ensemble du personnel pour une formation en ligne venant du MSSS. La grande majorité du personnel

a reçu cette formation. La phase « intervention » du plan local de lutte à une pandémie d'influenza peut à juste titre être considérée comme un succès grâce à la collaboration de tous les employés de l'Institut.

### PRÉVENTION ET CONTRÔLE DES INFECTIONS

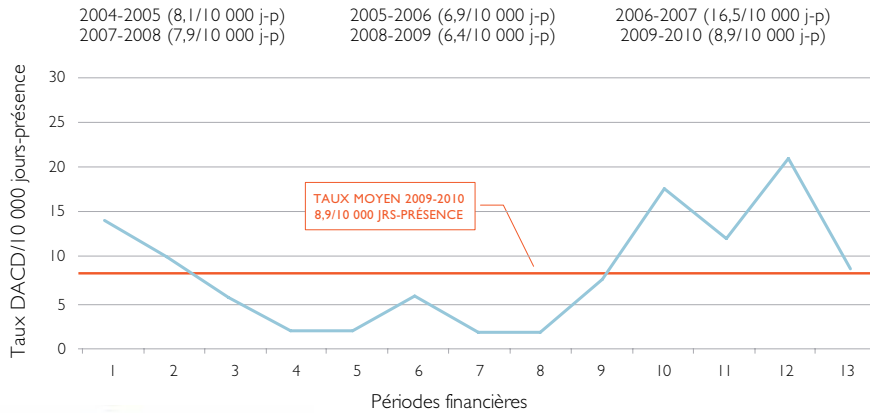
L'équipe et le comité de prévention des infections ont actualisé l'ensemble des activités prévues au plan d'action du programme de prévention et contrôle des infections (PCI) de l'établissement, tel qu'adopté par le comité de direction, le comité consultatif à la direction générale et le conseil d'administration. Les activités entourant la surveillance des infections nosocomiales ainsi que la vigie des problèmes infectieux émergents ont occupé une grande proportion des ressources en PCI. La pandémie de grippe A (H1N1) de 2009, avec la première vague en avril et la seconde en octobre, a fait office de levier pour le déploiement de mesures préventives en lien avec les maladies respiratoires sévères. Les principales stratégies de PCI pour la grippe pandémique sont semblables à celles mises en place pour la grippe saisonnière : la vaccination, la détection précoce des cas, l'administration d'antiviraux ainsi que la mise en place de mesures visant à prévenir la transmission pendant la prestation de soins. Au total, 26 usagers ont été admis pour la grippe A (H1N1) tandis qu'une vingtaine d'autres furent diagnostiqués par l'Urgence sans toutefois nécessiter une hospitalisation. Une cohorte a été mise en place au 7<sup>e</sup> pavillon Central (PC) pour assurer une gestion sécuritaire des lits pour cette clientèle. Par ailleurs, voici les faits saillants en termes de résultats pour les autres surveillances épidémiologiques effectuées à l'Institut :

- Le taux moyen de transmission nosocomiale du SARM a diminué de 48 % par rapport à l'année dernière pour atteindre un taux record de 5,1/10 000 jours-présence. La cohorte SARM du 7<sup>e</sup> PC a été fermée pour regrouper les usagers des spécialités médicales dans la cohorte du 5<sup>e</sup> PC.
- Le taux moyen de diarrhées associées au *Clostridium difficile* (DACD) d'origine nosocomiale a augmenté de 28 % en raison d'une éclosion qui a touché simultanément presque tous les secteurs de l'Institut pour atteindre un taux de 8,9/10 000 jours-présence, soit un taux légèrement supérieur à la cible de huit fixée pour cette année.
- La découverte d'un cas d'ERV d'acquisition nosocomiale a généré une recherche étendue des contacts pour prévenir une éclosion. Néanmoins, aucune transmission n'a été enregistrée sur les différentes unités de soins.

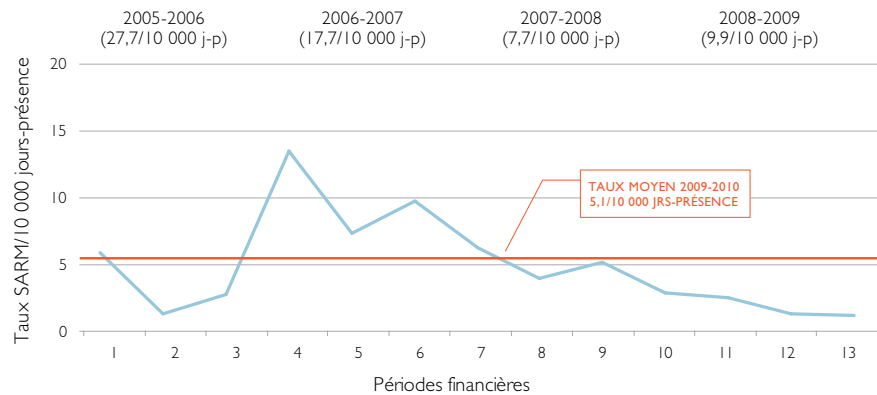
- Malgré une prévalence élevée de gastro-entérite dans la communauté, l'Institut n'a eu qu'une seule éclosion localisée ayant atteint quatre usagers. Les mesures appropriées ont été promptement mises en place pour contrôler la situation.

Enfin, lors de la visite d'Agrément Canada à l'Institut en novembre 2009, l'équipe de PCI a obtenu un taux de conformité de 100 % pour tous les critères demandés, qu'ils soient à priorité faible ou élevée, ainsi qu'au niveau des pratiques organisationnelles requises. Par ailleurs, dans le volet formation et éducation, des stratégies ont été développées pour augmenter la fidélité à l'hygiène des mains lors de la prestation de soins.

### TAUX DE DACD D'ACQUISITION NOSOCOMIALE PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE FINANCIÈRE



### TAUX DE SARM NOSOCOMIALE PAR ANNÉE ET PAR PÉRIODE FINANCIÈRE



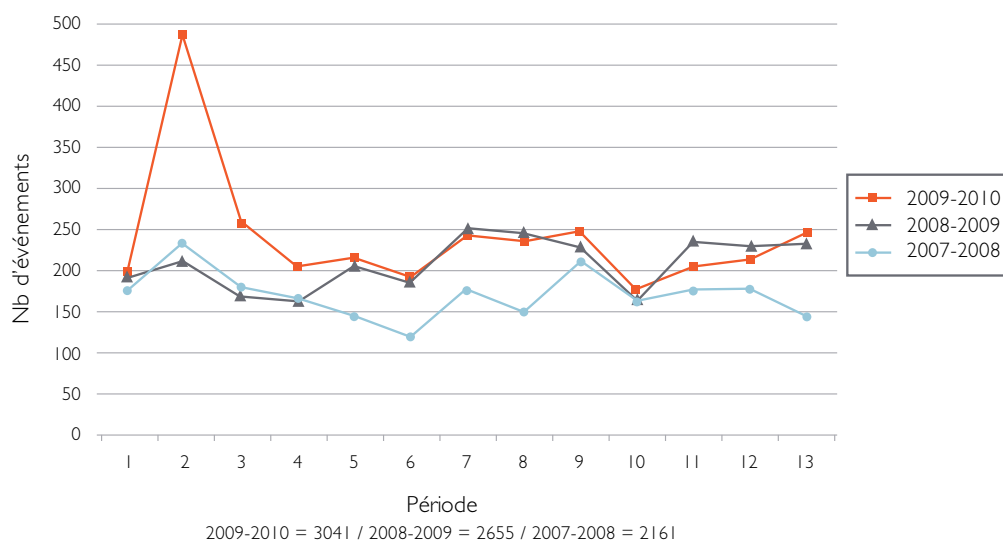
## STRATÉGIE DE PRÉVENTION DES CHUTES

La stratégie de prévention des chutes est en déploiement au sein de l'établissement. Elle constitue une étape incontournable pour réduire les blessures résultant de chutes chez nos clientèles, plus particulièrement notre clientèle âgée. De plus, elle répond en matière de sécurité aux orientations ministérielles et aux pratiques organisationnelles requises (POR) d'Agrément Canada. L'ensemble des unités de soins et services est ciblé. Par contre, les unités dont les taux de chutes sont plus élevés ont été priorités en 2009-2010 pour l'implantation. Afin d'identifier dès l'admission les usagers à risque, le formulaire d'évaluation initiale de l'usager a été révisé pour inclure le risque de chute. Pour faciliter le travail des infirmières, un outil qui permet le dépistage des usagers à risque élevé et qui suggère des interventions à considérer a été développé en format de poche. De plus, un dispositif a été développé afin d'assurer l'identification de la mobilité et du risque de chute en permanence au chevet de l'usager pour l'ensemble des intervenants. Les membres du comité interdisciplinaire analysent régulièrement les indicateurs de performance reliés aux chutes afin de proposer les recommandations nécessaires.

## SÉCURITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

La sécurité demeure une responsabilité partagée et s'appuie sur la vigilance de chacun. La hausse constante du nombre de déclarations d'incident ou d'accident est le reflet même de la sensibilisation accrue de l'ensemble des intervenants.

Durant l'année, 3 041 déclarations d'incident ou d'accident ont été enregistrées comparativement à 2 655 en 2008-2009 et 2 161 en 2007-2008, soit une hausse de 14,5 % par rapport à 2008-2009 et de 40,7 % par rapport à 2007-2008. La grande majorité des événements déclarés sont des *incidents* ou des *accidents sans conséquence aucune* pour les usagers, soit près de 87 % des événements. D'autres ont entraîné des *conséquences temporaires* ayant exigé des soins généraux, spécialisés ou une prolongation du séjour hospitalier. Des situations à risque sont régulièrement signalées et des correctifs rapidement apportés suite aux analyses réalisées, contribuant par le fait même à accroître la sécurité de tous. Nouveaux employés comme anciens sont régulièrement sensibilisés à l'importance de déclarer les événements, dans le cadre du processus d'accueil, de réunions d'équipe, de comités de coordination ou de suivis personnalisés. La culture de non-blâme, véhiculée au sein de l'établissement, contribue au renforcement de la pratique.



## AGRÉMENT CANADA

À l'issue de la visite d'Agrément Canada réalisée en novembre dernier, l'établissement s'est vu décerner un *agrément avec suivi sous forme de rapports*, le premier à produire pour le 19 avril et le second, pour le 19 octobre 2010.

Globalement, 1 768 critères ont été évalués, desquels 1 605 ont été jugés *conformes*, soit un taux de conformité de l'ordre de 90,8 %; 163 critères ont été jugés *non conformes* ce qui représente 9,2 %. Deux équipes ont enregistré un taux de *conformité* de 100 %, soit la *prévention des infections* et le *bloc opératoire* et plusieurs autres, un *taux de conformité supérieur à 90 %*, ce qui est excellent. Chaque équipe devra intégrer à son plan d'amélioration continue les critères à

**L'INSTITUT**  
LE BULLETIN OFFICIEL DE L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC (HÔPITAL LAVAL)

**SOMMAIRE**

**VISITE D'AGRÉMENT CANADA**

Le comité d'agrément Canada

Je tiens à remercier et à féliciter l'ensemble du personnel pour son engagement dans notre démarche d'amélioration continue de la qualité et l'accueil réservé aux visiteurs d'agrément Canada, venus vérifier en novembre dernier notre conformité aux meilleures pratiques.

Les visiteurs n'ont pas été sans remarquer l'implication importante des équipes soignant auprès des clients et la volonté constante d'amélioration des soins et services dispensés. Agrément Canada nous a décerné un agrément avec conditions sous forme de rapport. Et si le marché, nous devons donc soumettre les preuves des mesures prises pour corriger les quelques critères jugés non conformes. Dans l'ensemble, notre taux de conformité se situe à 91 % : 1 405 des 1 768 critères évalués étant conformes.

De plus, deux pratiques exemplaires nous ont été reconnues, l'une en technologie et l'autre en pathologie. BRAVO!

Plus de détails vous seront communiqués ultérieurement.

Faites une fois, félicitations et un grand merci à chacun et chacune d'être vous!

Carl Tallon,  
Directeur général

N.B. : Les résultats de l'agrément vous seront prochainement transmis dans un bulletin d'information.

### APERÇU PAR SECTION DE NORMES

SECTION DE NORMES	Conformité	% Conformité	Non-conformité	% Non-conformité	Total
GOUVERNANCE DURABLE	88	96,7	3	3,3	91
EFFICACITÉ ORGANISATIONNELLE	87	84,5	16	15,5	103
PRÉVENTION DES INFECTIONS	98	100,0	0	0,0	98
NORMES DE GESTION DES MÉDICAMENTS	119	88,8	15	11,2	134
BANQUES DE SANG ET SERVICES TRANSFUSIONNELS	69	90,8	7	9,2	76
EXIGENCES PARTICULIÈRES CONCERNANT LES LABORATOIRES BIOMÉDICAUX	43	82,7	9	17,3	52
LABORATOIRES ET BANQUES DE SANG	112	66,7	56	33,3	168
NORMES D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE	81	80,2	20	19,8	101
NORMES RELATIVES AUX SALLES D'OPÉRATION	100	98,0	2	2,0	102
NORMES SUR LE RETRAITEMENT ET LA STÉRILISATION DES APPAREILS MÉDICAUX RÉUTILISABLES	89	93,7	6	6,3	95
SERVICES DE CHIRURGIE (CARDIAQUE/GÉNÉRALE/THORACIQUE)	100	98,0	2	2,0	102
SERVICES DE MÉDECINE (CARDIOLOGIE/SPECIALISÉE/PULMONAIRE)	98	94,2	6	5,8	104
SERVICES DE SOINS INTENSIFS (UC/6E PC/3E SI)	105	98,0	2	2,0	107
SERVICES DE TRAITEMENT DU CANCER ET D'ONCOLOGIE	105	96,3	4	3,7	109
SERVICES DES URGENCES	95	91,3	9	8,7	104
SOINS AMBULATOIRES (CHIRURGIE CARDIAQUE/MÉDECINE SPÉCIALISÉE/OBÉSITÉ/CSP)	117	98,3	2	1,7	119
SOINS ET SERVICES À DOMICILE	99	96,1	4	3,9	103
<b>TOTAL</b>	<b>1605</b>		<b>163</b>		<b>1768</b>
<b>POURCENTAGE</b>		<b>90,8%</b>		<b>9,2%</b>	<b>100%</b>

corriger et soumettre à Agrément Canada les preuves des mesures prises pour ce faire. Diverses mesures correctives ont d'ores et déjà été acheminées au nombre desquelles figurent l'élaboration d'un *plan d'action organisationnel*, axé sur la sécurité des usagers, la rédaction d'une *procédure sur la gestion des événements sentinelles*, la production de *rapports trimestriels* à l'intention du conseil d'administration, rendant compte des incidents et accidents, le développement de *rapports d'entretien préventif*, dorénavant accessibles aux secteurs d'activités, l'*élaboration de profils type spécifiant les rôles et responsabilités de chacun* en matière de sécurité et le *plan écrit de déploiement du bilan comparatif des médicaments* à l'échelle de l'organisation.

### UNE PREMIÈRE AUX LABORATOIRES

Deux pratiques exemplaires ont été reconnues par Agrément Canada dans les Départements d'hématologie et d'anatomopathologie et de cytologie, ce qui constitue une première aux laboratoires.

### DÉPARTEMENT D'HÉMATOLOGIE

Le secteur de la coagulation participe activement à la réduction du volume de produits sanguins utilisés au bloc opératoire. L'acquisition de quatre thromboélastographes et leur interface directe avec les salles du bloc opératoire permettent de choisir le produit sanguin approprié pour le patient, et ce, en cours de chirurgie. L'information produite par ces analyseurs est accessible immédiatement et contribue ainsi à une diminution de 20 % du volume de produits sanguins utilisés au bloc opératoire.

### DÉPARTEMENT D'ANATOMOPATHOLOGIE ET DE CYTOLOGIE

Le Département d'anatomopathologie et de cytologie reçoit une mention pour la qualité de ses rapports pour les résections de cancer du poumon ainsi que pour la rapidité avec laquelle ces rapports parviennent aux médecins traitants. La mise en place par l'équipe des pathologistes de notes standardisées de macroscopie et du rapport final diminue le temps de dictée et de retranscription des informations des technologistes médicaux et des pathologistes. Les temps de réponse pour les rapports finaux de pathologie varient de deux à trois jours, et ce, même pour les cas d'autopsie. Les principaux facteurs expliquant ces résultats sont la pratique basée sur le travail en consultation peropératoire (inhérent à la pathologie pulmonaire oncologique) et sur la mise en cassettes à l'état frais (propre au service) ainsi que l'utilisation de CREA standardisé.

### TECHNIQUE RAPIDE POUR LA DÉTECTION DU CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Pour le diagnostic des infections associées au *Clostridium difficile*, nous utilisons maintenant au laboratoire de microbiologie un nouveau test moléculaire qui est basé sur la détection du gène de la toxine B associé au *C. difficile* par PCR (réaction en chaîne de polymérase) en temps réel. Ce test est sensible, simple et rapide. Il est effectué directement à partir d'échantillons de selles diarrhéiques. Il permet d'obtenir un diagnostic définitif en moins de deux heures. Ce test permet aussi la prescription plus rapide d'un traitement antibiotique plus approprié et l'isolement des patients positifs pour aider ainsi à prévenir la transmission du *C. difficile* à d'autres patients, limitant ainsi la transmission et éliminant les isolements inutiles, ce qui facilite la gestion des lits.



### DOSSIER DE TÉLÉPATHOLOGIE

En janvier 2008, le MSSS a approuvé officiellement le passage d'étape du projet de télépathologie avec un budget global provincial de 6,1 M\$. La télépathologie – création, échange et analyse de diapositives virtuelles – crée des connexions entre les pathologistes qui travaillent isolés les uns des autres, et entre les collectivités rurales et urbaines qu'ils desservent. Au plan régional, notre laboratoire de pathologie participe activement avec l'ASSSSCN, le CHUQ et le CHAUQ au déploiement du vaste réseau de télépathologie du RUIS-Laval qui desservira 21 centres hospitaliers.

### DOSSIER RÉGIONAL DE LA CYTOLOGIE

Le laboratoire de cytologie a participé tout au long de cette année à des rencontres relatives au projet de laboratoire régional de cytologie qui se définit comme suit : regroupement technique des activités de cytologie gynécologique et non gynécologique effectuée dans les trois établissements de la Capitale-Nationale : CHUQ, CHAUQ et IUCPQ. La création d'un Laboratoire régional de cytologie (LRC) permettra de consolider la reconnaissance de notre expertise en cytologie pleuropulmonaire.

## ENJEU 6 : LE DÉVELOPPEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE ET LE MAINTIEN DE SA COMPÉTITIVITÉ

Le maintien de la notoriété et de la reconnaissance internationale du centre de recherche passe par le recrutement et la rétention de chercheurs productifs, par la bonne performance des équipes, par l'implication des cliniciens et des professionnels de la santé à la programmation de recherche, par l'établissement de partenariats stratégiques et l'obtention de subventions et par le développement d'infrastructures à la fine pointe.

### ORIENTATIONS :

CONSOLIDER LES MASSES CRITIQUES DE CHERCHEURS DANS CHACUN DES AXES ET THÈMES DE RECHERCHE;

DIVERSIFIER ET ACCROÎTRE LES SOURCES DE FINANCEMENT;

AMÉLIORER CONTINUUELLEMENT LES INFRASTRUCTURES NÉCESSAIRES AU RECRUTEMENT ET À LA RÉTENTION DES CHERCHEURS;

ACCENTUER LA PERFORMANCE ET LA NOTORIÉTÉ DU CENTRE DE RECHERCHE.

### RECHERCHE UNIVERSITAIRE

Le Centre de recherche de l'Institut (CRIUCPQ) est un centre reconnu à l'échelle internationale. Il est subventionné par le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ). La recherche y est regroupée sous trois grands axes : la cardiologie, la pneumologie et l'obésité. Il est le seul centre de recherche au Canada, et l'un des rares au monde, à regrouper sous un même toit de pareils axes de recherche. Ces axes de recherche sont en outre parfaitement alignés aux missions cliniques de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, ce qui favorise



à la fois de riches collaborations entre chercheurs cliniciens et chercheurs fondamentaux et un transfert rapide des connaissances acquises en recherche vers les soins.

### MISSION

Promouvoir le développement, l'acquisition et la dissémination des connaissances en cardiologie, pneumologie et obésité dans le but d'enrayer la progression des maladies cardiovasculaires et respiratoires. Le CRIUCPQ a aussi pour mission de créer et d'offrir les meilleures conditions possibles afin d'assurer la formation d'étudiants et de personnel hautement spécialisé en recherche biomédicale.

### VISION

Devenir le centre de recherche nord-américain de référence en cardiologie, pneumologie et en obésité.

### LE RECRUTEMENT ET LA RÉTENTION DE CHERCHEURS PRODUCTIFS

Le CRIUCPQ réunit maintenant 113 chercheurs exerçant leurs activités en recherche fondamentale et clinique. Il compte aussi sur la collaboration de trois chercheurs associés. En 2009-2010, le centre de recherche a pu compter sur un financement global de 28 M\$, dont un montant de 879 851 \$ provenait du FRSQ. Conscients de leur rôle de formateur, les chercheurs du centre dirigent chaque année un grand nombre d'étudiants durant leurs études de deuxième ou troisième cycle ou lors de stages postdoctoraux. Ils ont aussi accueilli 91 stagiaires en cours d'année. Les nombreuses publications dans des revues scientifiques, les multiples invitations reçues de différents pays pour agir à titre de conférenciers et de présentateurs ainsi que la présence des chercheurs à titre de membres de comités d'experts, réviseurs pour des revues scientifiques et évaluateurs pour des organismes subventionnaires témoignent de la participation très active des chercheurs à l'avancement des connaissances scientifiques.

Au cours de la dernière année, de nouveaux chercheurs se sont joints à l'équipe. Le Dr André Marette, titulaire de la Chaire de recherche Pfizer-IRSC sur la pathogenèse de la résistance à l'insuline et des maladies cardiovasculaires, a transféré ses activités de recherche dans les nouveaux laboratoires aménagés au pavillon Marguerite-d'Youville. Les Drs Patrice Brassard et David Marsolais ont respectivement débuté leur programme de recherche dans les axes de cardiologie et de pneumologie. De plus, de nouveaux médecins cardiologues et pneumologues ont été recrutés à l'Institut et ont débuté ou débiteront sous peu des activités de recherche clinique.



Le tableau ci-dessous présente quelques statistiques comparatives en regard de la recherche universitaire :

	2009-2010	2008-2009
NOMBRE DE CHERCHEURS	113	107
NOMBRE DE CHERCHEURS ASSOCIÉS	3	5
NOMBRE D'ÉTUDIANTS ET STAGIAIRES POSTDOCTORAUX		
STAGIAIRES POSTDOCTORAUX	25	23
TROISIÈME CYCLE (DOCTORAT)	75	65
DEUXIÈME CYCLE (MAÎTRISE)	68	71
STAGIAIRES	91	72
MEMBRES DU PERSONNEL PROFESSIONNEL ET ADMINISTRATIF	237	235
BOURSES-SUBVENTIONS-CONTRATS (NOTE 1)	28 071 237 \$	24 788 935 \$
NOMBRE DE PUBLICATIONS	339	379

Note 1 : Ce montant représente l'ensemble des sommes attribuées aux chercheurs du CRIUCPQ pour leur contribution à différents projets. Une portion de ces sommes est administrée par l'Université Laval.

### LA BONNE PERFORMANCE DES ÉQUIPES

En 2005, le centre de recherche obtenait du FRSQ, la cote exceptionnelle pour sa performance 2000-2004 et son plan de développement 2005-2010. Fiers de cette évaluation, tous les membres du CRIUCPQ ont travaillé sans relâche à améliorer la qualité et la performance du Centre et à concrétiser le plan de développement prévu. Grâce au travail de l'ensemble des équipes de recherche, c'est avec une grande fierté que le CRIUCPQ a reçu en avril 2010, le rapport du comité évaluateur du FRSQ dont la visite avait eu lieu en février 2010, réitérant pour une seconde fois, la même cote « exceptionnelle » pour sa performance 2005-2010 et son plan de développement 2011-2015.



### ANIMATION SCIENTIFIQUE

L'animation scientifique revêt une importance majeure au centre de recherche. Plusieurs clubs de lecture, séminaires et conférences ont eu lieu au cours de l'année. De nombreux conférenciers d'envergure internationale sont aussi invités à venir présenter le fruit de leur recherche. Chaque année, le centre de recherche tient une *Journée scientifique de la recherche* permettant aux étudiants ainsi qu'aux professionnels de recherche de faire connaître leurs travaux sous forme de présentations orales ou par affiches. Au cours de cette activité tenue le 28 mai 2009, 26 présentations orales et 36 présentations par affiches ont été mises en valeur. Des chercheurs ont aussi été les organisateurs de colloques majeurs.

### RÉVISION DES MODES OPÉRATOIRES NORMALISÉS (MON) EN RECHERCHE CLINIQUE ET FORMATION SUR LES BONNES PRATIQUES CLINIQUES

En tant que chef de file en recherche clinique au Québec, le CRIUCPQ a été l'un des premiers centres de recherche dans la province à adopter 26 modes opératoires normalisés. Ces documents servent de guide aux équipes et permettent un meilleur encadrement de la recherche clinique. Au cours de l'année, la révision des 14 premiers MON a été effectuée et les documents révisés ont été diffusés à l'ensemble de la communauté du centre de recherche en janvier dernier.

### PROGRAMME DE BOURSES POUR LES ÉTUDIANTS

Chaque année, la Direction de la recherche universitaire offre un programme de bourses aux étudiants d'un montant total de 120 000 \$. Sous forme de concours, les demandes sont évaluées par un comité de chercheurs des différents

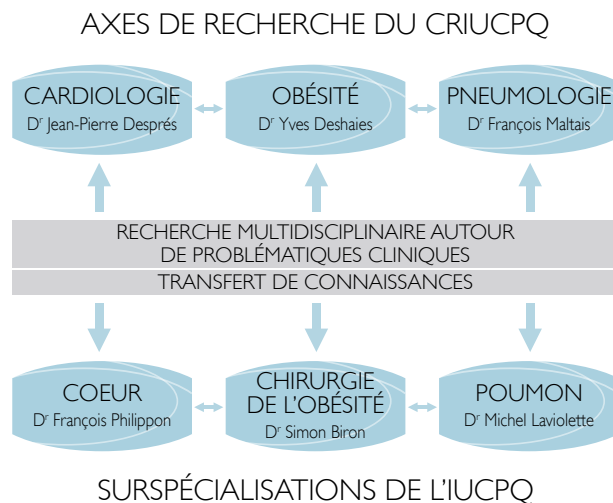
axes et les bourses offertes aux plus méritants. Cette année, neuf étudiants inscrits au postdoctorat, au doctorat ou à la maîtrise ont reçu un support financier pour la poursuite de leurs études graduées. Cette contribution permet aux équipes de recherche de recruter des candidats de haut niveau et d'accroître ainsi significativement la productivité des équipes.

### L'IMPLICATION DES CLINICIENS ET DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À LA PROGRAMMATION DE RECHERCHE

Le Centre de recherche de l'Institut comprend des axes de recherche interreliés et complémentaires de cardiologie, pneumologie et obésité/métabolisme (voir le tableau ci-dessous). Le CRIUCPQ est le seul parmi les centres subventionnés par le FRSQ à regrouper de tels axes.

L'arrimage parfait des axes de recherche du CRIUCPQ aux missions cliniques de l'Institut favorise le transfert des connaissances de la recherche vers les soins en harmonie avec la vision du FRSQ et celle des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). L'alignement « recherche et soins » favorise aussi grandement l'identification de priorités de recherche axées sur des problématiques cliniques inhérentes à l'IUCPQ.

Plusieurs cliniciens développent leur programme de recherche à l'Institut. À titre d'exemple, le D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet, pneumologue et titulaire de la Chaire de transfert de connaissances, éducation et prévention en santé respiratoire et cardiovasculaire de l'Université Laval, a développé un programme de recherche sur les stratégies optimales de transfert et d'application des connaissances, de formation médicale et d'éducation des patients. Les principales études en cours portent sur l'influence d'un programme de décision partagée en éducation aux personnes asthmatiques, le rôle d'outils d'aide à la pratique médicale dans la prestation des soins en santé cardiorespiratoire et sur la validation de divers outils d'évaluation des manifestations et du contrôle de diverses conditions de santé respiratoire. De plus, de nouveaux modes d'évaluation de la mise en œuvre des guides thérapeutiques ont été développés et des stratégies novatrices visant à faciliter l'intégration de ces documents dans la pratique courante sont à l'essai. Certains de ces projets se font en collaboration avec la Suède (Institut Karolinska, Stockholm) et l'Université de Toronto.



Crédit photo : Stéphane Groleau.com

## **PARTENARIATS STRATÉGIQUES ET OBTENTION DE SUBVENTIONS L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC ET LES INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA (IRSC)**

Les IRSC sont des organismes subventionnaires de première importance pour les chercheurs et plusieurs d'entre eux bénéficient chaque année d'importantes subventions ou bourses permettant de faire progresser leurs programmes de recherche. Au cours de l'année, les subventions obtenues des IRSC totalisaient 6 286 085 \$ soit 65,89 % des sommes provenant d'organismes subventionnaires reconnus par le FRSQ.

## **CHAIRES DE RECHERCHE**

Neuf chercheurs du CRIUCPQ sont titulaires de chaires de recherche. Ceci confirme le rôle du centre de recherche en tant que leader dans son domaine. Des démarches ont été entreprises afin de recruter un chercheur de renom pour diriger la nouvelle chaire de recherche en chirurgie bariatrique et métabolique. De plus, plusieurs négociations sont en cours avec de nouveaux partenaires afin de créer de nouvelles chaires reliées aux spécialités de l'IUCPQ.

## **PARTENARIAT AVEC L'INDUSTRIE ET LES FONDATIONS**

La recherche à l'Institut bénéficie chaque année d'un appui important de deux fondations : la Fondation de l'Institut et la Chaire de pneumologie de la Fondation J.-D.-Bégin. La Direction de la recherche universitaire travaille aussi en partenariat avec l'industrie et les compagnies pharmaceutiques. Ce partenariat favorise la progression des connaissances sur de nouveaux médicaments et produits permettant au CRIUCPQ de se faire connaître pour son avant-gardisme et ses compétences en matière de recherche.

## **PARTENARIAT AVEC L'ÉQUIPE DU GRAND DÉFI PIERRE LAVOIE (GDPL)**

Partenaire depuis les débuts du Grand défi Pierre Lavoie (GDPL), le CRIUCPQ en collaboration avec la Chaire de recherche Merck Frosst / IRSC sur l'obésité, a délégué une équipe de cinq cyclistes lors de l'évènement du grand tour de 1 000 km tenu à travers le Québec en juin 2009. Outre cette participation, le CRIUCPQ s'est associé à l'équipe du GDPL afin de développer un nouvel atelier interactif sur la nutrition *Mangez mieux* qui fait partie intégrante de la Caravane 2. Sous la direction de la D<sup>re</sup> Natalie Alméras, chercheur de l'axe d'obésité et métabolisme, une équipe de différents intervenants a fait appel à l'univers virtuel afin de permettre aux jeunes d'apprendre, d'une façon ludique, les

concepts de base en matière de saine alimentation. L'atelier *Mangez mieux* se déroule dans un univers de jeux interactifs composés d'écrans tactiles, d'aliments 3D et de personnages animés. La conceptualisation de ce jeu virtuel a été développée en collaboration avec une compagnie du Saguenay, Wendigo Studios.



## AGRANDISSEMENT DU CENTRE DE RECHERCHE

Encore cette année, la Direction de la recherche universitaire, de concert avec les professionnels de la Direction des services techniques, ont travaillé intensivement à la poursuite du plan de développement des immobilisations. Les travaux de construction de la deuxième étape, permettant la construction d'espaces supplémentaires en recherche clinique et d'une animalerie moderne, sont maintenant terminés. Les espaces de recherche clinique sont occupés depuis la fin de l'année 2008 et l'animalerie a ouvert officiellement ses portes en avril 2010. C'est d'ailleurs avec enthousiasme que les chercheurs et membres des équipes se sont mobilisés le 1<sup>er</sup> juin 2009 pour l'inauguration officielle et une visite des nouvelles installations en présence du ministre Sam Hamad ainsi que plusieurs dignitaires et journalistes.

Une subvention octroyée par le ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation (MDEIE), a permis de débiter cette année la troisième étape du plan d'agrandissement. Ce projet de 13 M\$, ayant pour objectif de doter le centre de recherche des infrastructures nécessaires pour l'étude de l'obésité et des autres facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et respiratoires, a été divisé en trois lots. Le lot 3A consistant à l'aménagement de laboratoires de recherche fondamentale au 4<sup>e</sup> étage du pavillon Marguerite-d'Youville a été complété en décembre 2009 et a permis le recrutement du Dr André Marette ainsi que le déménagement des équipes des Drs Katherine Cianflone et Patrick Mathieu. Le lot 3B, permettant la finalisation des espaces d'animalerie non aménagés à la deuxième étape, a été complété au printemps 2010. Une visite « portes ouvertes » a d'ailleurs été organisée pour l'ensemble des membres du centre le 19 mars 2010 et le début des opérations s'est effectué officiellement un mois plus tard. Le dernier lot de cette troisième étape (lot 3C) consiste à la construction d'un étage supplémentaire au-dessus de la nouvelle animalerie afin d'y aménager une plateforme de recherche clinique. Le plan fonctionnel et technique est terminé et la préparation des plans et devis devrait débiter à l'été 2010 afin de permettre le début des travaux de construction au printemps 2011. De nouvelles démarches ont été entreprises par les membres de la Direction de la recherche afin de soumettre au MDEIE une demande de financement pour la réalisation de l'étape quatre d'agrandissement du centre. Cette demande prévoit d'une part, la construction d'un laboratoire central d'imagerie cardiovasculaire, respiratoire et métabolique, l'acquisition d'un équipement de résonance magnétique à la fine pointe de la technologie, d'un tomodynamomètre et d'autre part, l'aménagement de nouveaux laboratoires de recherche fondamentale pour nos trois axes de recherche.



De gauche à droite : André Ducharme, directeur général intérimaire, Dr Denis Richard, directeur du centre de recherche, Madeleine Nadeau, présidente du conseil d'administration, Sam Hamad, ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale et ministre responsable de la Capitale-Nationale, Denis Brière, recteur de l'Université Laval et Dr Yves Joanette, président-directeur général du Fonds de la recherche en santé du Québec.

## ENJEU 7 : UN MILIEU PROPICE À L'ENSEIGNEMENT

Le maintien de la mission d'enseignement est primordial. L'établissement veut continuer à répondre aux demandes des différentes institutions d'enseignement dans tous les domaines de la santé et être apte à relever le défi de l'augmentation des cohortes étudiantes. La mission de soins de l'établissement doit lui permettre de soutenir également sa mission d'enseignement.

**ORIENTATIONS :**  
AMÉLIORER LES INFRASTRUCTURES DÉDIÉES À L'ENSEIGNEMENT;

SOUTENIR LA FORMATION CLINIQUE ET DÉVELOPPER DE NOUVEAUX PROGRAMMES.

### ENSEIGNEMENT UNIVERSITAIRE

En conformité avec sa mission et à titre de membre du réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval (RUIS-UL), l'Institut continue d'assurer son leadership en enseignement pour les futurs professionnels de la santé en provenance de l'université et du collégial. L'augmentation constante des cohortes étudiantes est un véritable défi pour la direction qui demeure motivée à maintenir la qualité de l'enseignement tout en ayant un souci de performance et d'innovation en matière d'enseignement. Notre centre hospitalier a accueilli cette année des étudiants en médecine dans la cadre de l'introduction à l'externat, des externes avec un programme de formation renouvelé et plus de 237 des résidents dans de nombreuses spécialités. De nouveaux stages sont maintenant offerts dans plusieurs secteurs dont les soins intensifs, la psychiatrie de liaison, l'hématologie, les soins palliatifs et en médecine ambulatoire. Nous accueillons également plusieurs moniteurs cliniques de partout dans le monde, notamment, en chirurgie cardiaque, en chirurgie thoracique, en chirurgie générale, en électrophysiologie, en insuffisance cardiaque et en hémodynamie. Nous recevons pour des stages optionnels, principalement en cardiologie et en pneumologie, des étudiants en médecine provenant des autres universités québécoises mais aussi de la France, de la Slovaquie, du Brésil, de la Bulgarie, de la Tunisie et d'Allemagne. La formation de nouvelles infirmières en pratique avancée en cardiologie ainsi que la résidence et la maîtrise en pharmacie sont des programmes qui se développent aussi très bien. L'Institut demeure un milieu de formation de choix pour les étudiants gradués de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles et, bien entendu, pour les stagiaires universitaires et collégiaux dans tous les secteurs de la santé.

### ALLOCATION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE RÉGIONALE DESTINÉE À SUPPORTER L'ORGANISATION DU RÉSEAU UNIVERSITAIRE

L'allocation régionale a permis :

- d'acheter plusieurs volumes dédiés aux résidents et externes;
- de remplacer deux ordinateurs Apple et un portable pour l'audiovisuel;
- de mettre à niveau plusieurs postes d'ordinateurs dédiés à l'enseignement;
- d'acheter deux moniteurs LCD à écran large pour le Cbox3 dédié à l'enregistrement de présentation et transfert sur CD/DVD;
- d'acheter un système Dicomizer servant à l'emmagasinement des images en endoscopie respiratoire;
- d'augmenter le nombre de cours sur le serveur central (le Consultant);
- de compléter les licences Xcelera pour l'échographie cardiaque;
- d'acheter un ordinateur pour les résidents à l'Urgence;
- d'ajouter deux postes PACS à l'unité de médecine interne et à l'Urgence;
- d'acheter un téléviseur et un tableau pour le local d'enseignement R00448;
- de remplacer de l'équipement pour le local des résidents en cardiologie;
- de créer un site Internet en échocardiographie;
- d'installer deux climatiseurs aux salles d'enseignement du 4<sup>e</sup> Ouest et 5<sup>e</sup> PC;
- de contribuer à la formation continue de plusieurs infirmières superviseuses de stage.

### BILAN DE LA BIBLIOTHÈQUE

Les nouvelles installations au pavillon Marguerite d'Youville offrent un environnement exceptionnel et fort apprécié pour le travail et la recherche. Par contre, on constate une baisse de près de 30 % de la fréquentation depuis sa relocalisation éloignée des activités cliniques et en raison des nombreux périodiques électroniques. Par sa participation au Consortium des bibliothèques du RUIS de l'Université Laval et par l'achat en partenariat de différentes licences avec d'autres hôpitaux, la bibliothèque a enrichi considérablement ses collections électroniques. Nous avons atteint une très bonne adéquation entre les besoins de nos clients et les licences acquises, ce qui se reflète dans les statistiques de prêts entre bibliothèques qui sont à la baisse depuis 2003-2004.

Au début de février, la bibliothèque a adhéré au groupe de bibliothèques *FreeShare* qui regroupe des bibliothèques canadiennes et américaines spécialisées dans le domaine de la santé. Les participants de ce regroupement acceptent de faire entre eux des prêts entre bibliothèques sans frais, sur une base de réciprocité. La fourniture d'articles à nos clientèles est une activité en hausse. Nous observons un accroissement des demandes de la part des autres professionnels, mais une demande moindre de la part des



médecins. Quant au nombre de prêts de documents, cette activité se maintient. La bibliothèque a acquis près d'une centaine de volumes. Grâce au fonds de développement de la bibliothèque, nous avons remplacé dix présentoirs de périodiques ainsi que quatre ordinateurs destinés aux clientèles de la bibliothèque.

## FAITS SAILLANTS

### NOMINATIONS PAR LA FACULTÉ DE MÉDECINE

D<sup>r</sup> Jean Champagne - professeur titulaire;  
D<sup>r</sup> Simon Martel – membre du comité de promotion de l'indépendance intellectuelle UL;  
D<sup>r</sup> Éric Fréchette - codirecteur du programme conjoint de chirurgie thoracique;  
D<sup>re</sup> Lise Tremblay - directrice du programme de pneumologie;  
D<sup>r</sup> François Dagenais – professeur agrégé;  
D<sup>r</sup> Frédéric-Simon Hould – professeur agrégé;  
D<sup>r</sup> Olivier Bertrand – professeur agrégé;  
D<sup>re</sup> Sylvie Trottier – professeure agrégée.

La Direction de l'enseignement universitaire participe aux différents dossiers organisationnels, dont l'actualisation de la planification stratégique, la gestion par programmes, la réorganisation du travail dans le contexte de pénurie des ressources et le scénario des lits afin que les activités d'enseignement soient totalement intégrées au processus. La Direction de l'enseignement universitaire travaille activement afin d'optimiser la capacité d'accueil des étudiants et des secteurs de stage. Dans le domaine de l'évaluation, des ajustements sont régulièrement effectués pour assurer le maximum de rétroaction. En matière de formation continue, les différents secteurs en enseignement ont été particulièrement productifs (journée de formation en soins des plaies, en cardiologie, en nutrition, formation de plusieurs GMF en diabète, etc.). On observe une augmentation considérable des visioconférences, soit 33 en émission et 140 en réception, pour un total de 173 comparativement à 153 l'an passé. Enfin, nous travaillons davantage en interdisciplinarité dans toutes les sphères de notre mission et nous nous impliquons de plus en plus dans le transfert de connaissances au niveau du RUIS-UL.

## DISTRIBUTION DES STAGES

Les tableaux ci-dessous donnent une vision des stages effectués à l'Institut. On note une concentration majeure d'étudiants dans nos secteurs de pointe liés à la mission avec un soutien notable, particulièrement en médecine interne, en gériatrie, en soins palliatifs, en chirurgie, en médecine familiale, en radiologie, en pathologie, en anesthesiologie et à l'Urgence.



## STAGIAIRES EN MÉDECINE

	RÉSIDENTS		MOIS-STAGES		EXTERNES		MOIS-STAGES	
	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009
ANESTHÉSIOLOGIE	16	12	32	32				
CARDIOLOGIE	76	74	229	204	32	41	34	40,75
CHIRURGIE CARDIAQUE	1	2	1	3	5	7	5,25	6,25
CHIRURGIE GÉNÉRALE	16	14	19	16	39	40	59,75	62,25
CHIRURGIE THORACIQUE	4	6	9	17	13	9	12,25	6,25
GÉRIATRIE	11	9	10	11	39	41	59,75	63,5
INFECTIOLOGIE	1	3	1	3				
MÉDECINE FAMILIALE	25	27	87	115	2		1,75	
MÉDECINE INTERNE	90	76	146	134	49	47	75,25	73,25
PATHOLOGIE	7	6	13	7	1	4	,75	4
PNEUMOLOGIE	87	70	198	154	21	23	22	25,25
RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE	27	27	51	58	20	19	11,25	12,25
URGENCE	6	2	8	4	8	9	8	10
<b>TOTAL</b>	<b>237 *</b>	<b>217 *</b>	<b>804</b>	<b>758</b>	<b>173 *</b>	<b>173 *</b>	<b>290</b>	<b>303,75</b>

\* Un stagiaire en médecine peut faire plus d'un stage au cours de l'année.

## STAGIAIRES UNIVERSITAIRES

	STAGIAIRES		JOURS-STAGES	
	2009-2010	2008-2009	2009-2010	2008-2009
ERGOTHÉRAPIE	10	17	78	206
KINÉSIOLOGIE	9	11	306	329
NUTRITION	24	17	925	910
PHYSIOTHÉRAPIE	12	10	116	142
PHARMACIE	37	37	1 828	2 429
SCIENCES INFIRMIÈRES	82	103	1 401	1 622
SERVICE SOCIAL	3	1	198	72
<b>TOTAL</b>	<b>177</b>	<b>196</b>	<b>4 852</b>	<b>5 710</b>

## STAGIAIRES EN MÉDECINE

	INTRODUCTION À L'EXTERNAT 2 <sup>e</sup> -3 <sup>e</sup> ANNÉE DE MÉDECINE	
	2009-2010	2008-2009
STAGIAIRES	32	30
JOURS PRÉSENCES	288	490

## ENJEU 8 : L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

En plus des missions de soins cliniques, de recherche et d'enseignement, notre statut d'institut universitaire comprend aussi la mission d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS). À l'aide de méthodes modernes et rigoureuses, l'ETMIS permet une approche critique face à l'introduction des nouvelles technologies en santé. Elle favorise également la révision des pratiques organisationnelles et cliniques actuelles en offrant une analyse impartiale fondée sur des données probantes pour supporter la prise de décision. Bien que certaines activités d'évaluation se réalisent actuellement, cette fonction doit être plus structurée au sein de l'organisation afin d'en faire la promotion et de mieux soutenir sa pratique.

**ORIENTATION :**  
POSITIONNER L'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ COMME UN PROCESSUS INTÉGRÉ AUX PRISES DE DÉCISION.

### MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE ET D'UN PROGRAMME D'ÉVALUATION

Les premières démarches en vue de la mise en place d'une structure et d'un programme d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (ETMIS) ont été réalisées. Une participation active à la table RUIS-UL en ETMIS et à ses travaux nous a permis de prendre connaissance de cette nouvelle structure, de son mode de fonctionnement et de l'importance de mettre en place une cellule ETMIS-IUCPQ afin de mettre à contribution notre expertise dans les domaines reliés à notre mission. Ce point a été particulièrement mis en évidence lors de la rencontre entre les cadres et les médecins de l'Institut et les représentants de l'ETMIS-CHUQ. Ces derniers nous ont exposé leur mode de fonctionnement et ont présenté

leur travail sur l'évaluation du traitement des plaies complexes. Beaucoup d'évaluations de la qualité et des modes d'intervention en santé se réalisent déjà dans notre institution de manière informelle. Une intégration fonctionnelle des processus d'évaluation de la qualité, gestion des risques et performance associant étroitement les directions-conseils (DSI-DSP), la table des chefs de département et la Direction de la recherche pourrait constituer le noyau de départ d'une structure ETMIS-IUCPQ afin de mieux structurer cette culture de l'évaluation au sein de notre établissement.





## ENJEU 9 : LA GESTION DE LA PERFORMANCE

La gestion des ressources dans le réseau de la santé et des services sociaux est axée sur l'atteinte de résultats. L'entente de gestion détermine les cibles à atteindre et l'allocation des ressources est directement liée aux résultats attendus. L'établissement doit s'assurer de l'utilisation optimale des ressources et poursuivre une démarche d'amélioration continue de sa performance clinique, administrative et académique.

**ORIENTATION :**  
ASSURER L'UTILISATION OPTIMALE DES RESSOURCES DISPONIBLES.

### ENTENTE DE GESTION DE L'URGENCE

Pour une troisième année consécutive, le Service de l'urgence s'est classé premier dans la province, dans la catégorie des hôpitaux universitaires, selon le palmarès des Urgences du Québec du quotidien *La Presse*. Cette performance est le résultat d'efforts concertés dans tout l'établissement dont le maintien des mesures structurantes comme la coordination des admissions 7 jours sur 7. Le Service de l'urgence a atteint toutes les cibles de l'entente de gestion en regard du séjour moyen sur civière, du séjour moyen sur civière des usagers de 75 ans et plus, du pourcentage d'usagers avec séjour de 48 heures ou plus sur civière et du pourcentage des usagers de 75 ans et plus avec séjour de 48 heures et plus. Voici les faits saillants des activités opérationnelles qui caractérisent l'année :

- Augmentation de 81 % du nombre d'usagers avec un séjour de 24 heures ou plus sur civière;
- Augmentation de 14,4 % du séjour moyen sur civière des usagers hospitalisés;
- Diminution de 5,4 % du nombre d'usagers sur civière;
- Diminution de 4 % du nombre d'usagers ambulants;
- Diminution de 3,9 % des arrivées en ambulance;
- Taux d'occupation moyen de 144 %

Par ailleurs, une baisse de 2,4 % du nombre d'admissions est observée alors qu'il y a une augmentation de 49,6 % de jours-présence dans les lits de transition.



### MODULE D'AIDE À LA GESTION DE L'INFORMATION CLINIQUE (MAGIC)

L'organisation a fait l'acquisition, au printemps 2009, de la solution logicielle Module d'aide à la gestion de l'information clinique (MAGIC). Cette solution permet la reconstitution de l'épisode de soins par patient ainsi que son coût en intégrant l'information clinique et administrative répertoriée dans les systèmes d'information utilisés à l'Institut. Afin de concentrer les efforts sur le déploiement de la gestion par programmes, il a été convenu que son implantation serait effectuée au cours de l'année 2010 étant donné que le projet va nécessiter l'implication de plusieurs collaborateurs au sein de l'organisation. À échéance, cet outil d'intégration et d'analyse permettra le passage d'une gestion fragmentée vers une gestion dynamique de l'information. De plus, il servira de levier en soutien au développement d'une culture axée sur les résultats.

## ENTENTE DE GESTION – PERFORMANCE

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC				
ENTENTE DE GESTION				
INDICATEURS / SECTEURS ENGAGEMENTS DE L'ÉTABLISSEMENT	CIBLE	RÉSULTATS		COMMENTAIRES
		2009 2010	2008 2009	
<b>MAIN-D'ŒUVRE</b>				
RATIO ENTRE LE NOMBRE D'HEURES EN ASSURANCE SALAIRE ET CELUI DES HEURES TRAVAILLÉES	5,00 %	4,93 %	5,57 %	
<b>SERVICES D'URGENCE</b>				
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE	15,05 H	14,55	13,26 H	
SÉJOUR MOYEN SUR CIVIÈRE - USAGERS 75 ANS ET PLUS	17,32 H	16,05	14,63 H	
POURCENTAGE DE SÉJOUR - 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE	0 %	0 %	0 %	
POURCENTAGE DE SÉJOUR - 48 HEURES ET PLUS SUR CIVIÈRE USAGERS DE 75 ANS ET +	0 %	0 %	0 %	
<b>ACTIVITÉS CHIRURGICALES</b>				
NOMBRE DE CHIRURGIES D'UN JOUR RÉALISÉES (CAS ÉQUIVALENT MED-ÉCHO)	144	145	167	
NOMBRE DE CHIRURGIES RÉALISÉES AVEC HOSPITALISATION (CAS ÉQUIVALENT MED-ÉCHO / EXCLUANT CHIRURGIES CARDIAQUES- PONTAGES ET VALVES)				
CHIRURGIES BARIATRIQUES	446	539	358	
AUTRES CHIRURGIES	1,141	977	1,030	
<b>CARDIOLOGIE TERTIAIRE</b>				
POURCENTAGE DES DEMANDES DE SERVICES RÉALISÉES SELON LES DÉLAIS PRESCRITS				
ÉLECTROPHYSIOLOGIE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 ET 48 HEURES)	65 %	55 %	63 %	AUGMENTATION DES ABLATIONS COMPLEXES (FIBRILLATIONS AURICULAIRES, TA, TV), DES REPRISES D'ABLATIONS COMPLEXES ET DES DÉFIBRILLATEURS BIVENTRICULAIRES EN PROPHYLAXIE. PRIORITÉ ACCORDÉE À LA GESTION DES CARDIOSTIMULATEURS ET DES DÉFIBRILLATEURS AFIN DE DIMINUER LES PATIENTS HORS-DÉLAIS, PAR L'OUVERTURE D'UNE SALLE AU BLOC OPÉRATOIRE 2 JOURS/SEMAINE. AINSI, IL EST POSSIBLE D'AUGMENTER LE NOMBRE DE PROCÉDURES D'ABLATIONS STANDARDS DANS L'UN DES PLATEAUX TECHNIQUES EXISTANTS. DÉLAI DE CERTAINES PRIORITÉS RÉVISÉ ET ACCEPTÉ PAR LE RQCT. RESTE À EFFECTUER CES CHANGEMENTS AU LOGICIEL SGAS. FIN SEPTEMBRE 2010, L'OUVERTURE D'UN PLATEAU TECHNIQUE TEMPORAIRE, À RAISON DE 3 JOURS/SEMAINE, PERMETTRA DE DIMINUER LA LISTE D'ATTENTE. UNE 3E SALLE EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE PRÉVUE D'ICI LES 3 À 4 PROCHAINES ANNÉES. DOSSIER SOUS ANALYSE PAR LE MSSS.
CATÉGORIE B (ENTRE 48 H ET 3 MOIS)	50 %	25 %	51 %	
HÉMODYNAMIE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 H ET 2 SEMAINES)	85 %	76 %	90 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>DANS LES PRIORITÉS 3.1 ET 3.2 DE PATIENTS HOSPITALISÉS, CERTAINS SONT INSCRITS À DOMICILE, DONC SE RETROUVENT AUTOMATIQUEMENT HORS DÉLAI. POUR PALLIER LA SITUATION, CEUX-CI SONT CONSIDÉRÉS PATIENTS HOSPITALISÉS.</li> <li>DÉBORDEMENT À L'URGENCE ; AUGMENTATION DU NOMBRE DE PATIENTS LONG SÉJOUR OCCASIONNANT DES HORS-DÉLAI ET PROVOQUANT UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE PATIENTS PAR SALLE PAR JOUR.</li> <li>ARRIVÉE DE PROCÉDURES PLUS COMPLEXES ET PLUS LONGUES : VALVULOPLASTIE PERCUTANÉE, OCCLUSION CHRONIQUE, FERMETURE AURICULE GAUCHE, ANGIOPLASTIE SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE.</li> </ul>
CATÉGORIE B (ENTRE 1 ET 3 MOIS)	90 %	68 %	98 %	LES USAGERS SE RETROUVENT HORS DÉLAI PUISQUE NOUS TENTONS DE DONNER L'ACCÈS AUX PRIORITÉS 2 (24 HEURES) À 4 (À L'INTÉRIEUR DE 2 SEMAINES) EN PREMIER, DONC LA CATÉGORIE B EST PÉNALISÉE. UNE INTERROGATION SUBSISTE : DEVONS-NOUS PRIVILÉGIER LA PRIORITÉ 4 EN ATTENTE DE TRANSFERT OU LA PRIORITÉ 3.2 (À L'INTÉRIEUR D'UNE SEMAINE) EN ATTENTE À DOMICILE.
CHIRURGIE CARDIAQUE				
CATÉGORIE A (ENTRE 24 H ET 2 SEMAINES)	85 %	91 %	93 %	
CATÉGORIE B (ENTRE 1 ET 3 MOIS)	85 %	86 %	96 %	

## ENJEU 10 : LA DISPONIBILITÉ DE L'INFORMATION REQUISE À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE ET ADMINISTRATIVE

L'information clinico-administrative représente une des pierres angulaires du développement de l'établissement, de la gestion de sa performance et du contrôle de la qualité. Les utilisateurs doivent pouvoir compter sur de l'information de qualité, facile d'accès, disponible au moment opportun et au bon endroit.

### ORIENTATIONS :

S'ASSURER D'UN ENVIRONNEMENT TECHNOLOGIQUE STABLE ET SÉCURITAIRE;

AMÉLIORER L'ACCESSIBILITÉ À DE L'INFORMATION PERTINENTE ET DE QUALITÉ EN TEMPS OPPORTUN.

### SÉCURITÉ DES ACTIFS INFORMATIONNELS

Dans le cadre de la gestion des technologies de l'information et des ressources informationnelles, l'effort de consolidation des infrastructures s'est poursuivi par le remplacement et le rehaussement d'une partie du câblage et des équipements de distribution et d'accès constituant le réseau informatique de l'Institut. Ce faisant, la qualité de service (disponibilité et fiabilité) a été rehaussée en réduisant le nombre de points de rupture de service sans redondance. La mise en place de certains outils de

surveillance et de gestion centralisés a été amorcée et se poursuivra en 2010. L'élaboration d'un plan directeur des ressources informationnelles est en cours et devrait préciser et encadrer; à compter de 2010-2011, les priorités et objectifs d'investissement en matière de systèmes de gestion d'information, tant clinique qu'administrative. En effet, les besoins ont décuplé au cours des dernières années et il n'est pas possible d'y répondre à 100 %.



## ENJEU 11 : LA NOTORIÉTÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

La notoriété d'une organisation et son rayonnement sur la place publique passent, entre autres, par une forte image corporative. L'établissement n'est pas reconnu à sa juste valeur auprès de certains publics. Il faut se distinguer et rayonner davantage en faisant valoir nos spécificités ainsi que la compétence du personnel, des médecins et des chercheurs.

**ORIENTATION :**  
SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE.

### DÉPLOIEMENT D'EFFORTS CONCERTÉS POUR SE DISTINGUER ET RAYONNER DAVANTAGE

En considérant sa notoriété acquise au cours des 92 dernières années, ses services ultrasécialisés et son caractère suprarégional, l'Institut est un centre hospitalier d'envergure reconnu non seulement au Québec, mais aussi sur la scène nationale et internationale. L'Institut est un établissement de santé bien implanté dans la communauté sociale et économique de sa région. Bien que la réputation de l'établissement ne soit plus à faire, il est primordial de maintenir cette image de marque, d'abord dans un souci de transparence, et également afin d'élargir nos horizons et faire connaître à la population l'expertise et le savoir de haut niveau qui s'y trouvent. L'organisation doit davantage confirmer sa réputation innovatrice, créative et de leader en accentuant le nombre de sorties publiques afin de gagner en popularité. Ce souci de parfaire l'image est primordial car il permet de redynamiser l'organisation, d'accroître sa visibilité et sa crédibilité auprès de ses clients. L'effet multiplicateur a des bénéfices à moyen et long terme, notamment sur la rétention et le recrutement.



Récemment, l'Institut s'est positionné sur les médias sociaux. Ces outils de communication contribuent à l'amélioration du climat social par une mise en valeur de la qualité du travail effectué par notre personnel. Quant à elles, les différentes activités médiatiques organisées et diffusées sur les médias sociaux visent à augmenter le rayonnement de l'organisation, reflétant notre souci d'être au service de la communauté. Grâce aux médias sociaux, notre établissement est plus que jamais un centre attractif pour de nouvelles recrues et stimulant pour notre personnel.



PLUSIEURS ACTIVITÉS MÉDIATIQUES ONT ÉTÉ ORGANISÉES EN COURS D'ANNÉE AFIN DE DÉMONSTRER NOTAMMENT LE LEADERSHIP ET LES PRATIQUES MÉDICALES ET INNOVATRICES RÉALISÉES À L'INSTITUT. EN VOICI QUELQUES UNES :

- Première médicale canadienne: une équipe d'électro-physiologistes en cardiologie implante un défibrillateur d'une nouvelle génération doté d'une capacité de télésurveillance;



- Le Service de l'urgence de l'Institut se classe premier dans la province;



- Première médicale en Amérique du Nord : implantation par cathéter d'une nouvelle prothèse visant à clore l'auricule gauche du cœur;
- Première médicale canadienne : recanalisation par voie rétrograde d'occlusions complètes et chroniques d'artères coronaires;



- Inauguration d'une nouvelle salle interventionnelle en endoscopie respiratoire unique au Canada;



- Des cardiologues de l'Institut ont collaboré à une étude clinique internationale portant sur la fibrillation auriculaire paroxystique;
- Confirmation du statut de Centre d'excellence en chirurgie bariatrique pour l'Institut;



- Investissement majeur au Centre de recherche pour la réalisation de la troisième phase de son projet d'agrandissement.

#### CENTRE D'EXCELLENCE EN CHIRURGIE BARIATRIQUE

Vingt-six ans après la première dérivation biliopancréatique dans notre milieu, nous avons dépassé le nombre de 3 800 dont 539 au cours de cette année. De ces patients, on y retrouvait 196 diabétiques qui sont maintenant euglycémiques et ce sans médication pour 92 % d'entre eux. On y retrouvait aussi 272 patients avec apnée du sommeil dont 96 % ont rangé leur appareil. En mai 2009, le MSSS annonçait des investissements notables échelonnés sur une période de trois ans afin d'augmenter le nombre d'interventions en chirurgie bariatrique. Le plan d'action proposé prévoit une meilleure organisation des services, entre autres, par la définition des trajectoires des clientèles et la mise en place de corridors de services facilités par la désignation de deux centres d'excellence en chirurgie bariatrique. C'est avec grande fierté que l'Institut a accueilli sa nomination à titre de centre d'excellence en chirurgie bariatrique. Les prochaines années seront investies à l'organisation des services permettant, à terme, de réaliser 675 chirurgies bariatriques annuellement. Le seul autre centre à recevoir une telle reconnaissance a été le Centre de santé McGill qui est à tenter d'implanter son centre au site Lachine.

## SECRETARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) a tenu son IV<sup>e</sup> congrès à Marrakech en juin 2009. Plus de 1400 infirmières provenant de 25 pays différents ont échangé sur différents sujets autour du thème *Le savoir infirmier, promoteur du développement humain*. L'Institut y était représenté par quatre infirmières dont trois, à titre de conférencière. Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers et Patricia Robichaud, coordonnatrice à la planification et à l'affectation des ressources humaines ont présenté la conférence suivante : *Programmes d'enseignement aux patients – une structure d'encadrement par la Direction des soins infirmiers*. Hélène Boutin a également présenté une conférence intitulée *Projet de prise en charge rapide des patients avec suspicion de carcinome bronchique* préparée par Mélanie Anderson, infirmière clinicienne aux cliniques spécialisées de pneumologie. Elle a aussi présenté une affiche intitulée : *Réseau des infirmières et infirmiers en pratique avancée (RIIPA) – force vive de la grande région de Québec*. Suzanne Petit, directrice générale adjointe aux affaires cliniques, a quant à elle présenté avec d'autres membres du Consortium de Québec une conférence intitulée : *Les infirmières et la gouverne – Femmes de soin, de savoir et d'influence*.

## MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES

L'organisation indépendante, *Partenariat canadien contre le cancer*, financé par le gouvernement fédéral, vise à accélérer les mesures prises dans la lutte contre le cancer, et ce, pour l'ensemble des Canadiens. L'Institut s'est associé à un des huit secteurs prioritaires de cette organisation soit le *Groupe d'action pour les ressources humaines – Modèles de prestation de services*. L'Institut a soumis deux modèles de prestation de service soit le guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon et le programme d'investigation en externe. Ces modèles figurent dans la base de données consultable d'environ 200 modèles de prestation de services ou d'approches de lutte contre le cancer, provenant du Canada ou de l'étranger. Ainsi, l'Institut contribue au partage d'expertise et au transfert des connaissances avec différents professionnels œuvrant auprès des clientèles atteintes de cancer.

## LE CENTRE DE RECHERCHE

Le Centre de recherche, de par son rayonnement national et international, contribue de façon importante au rayonnement de l'établissement. Au cours de la dernière année, les chercheurs ont publié plus de 339 articles,

dans les plus grandes revues internationales à caractères scientifiques, telles que : *Lancet, The Journal of the American Medical Association, Circulation, Annals of Internal Medicine, The Journal of Clinical Investigation, Nature Medicine, Nature Reviews, Drug Discovery, Journal of the American College of Cardiology, Journal of Clinical Oncology, Sciences, New England Journal of Medicine* et autres. Au printemps 2010, l'organisme Thomson Reuters (*ScienceWatch*) qui se spécialise dans l'analyse des performances en recherche scientifique, a classé deux chercheurs de l'IUCPQ parmi les auteurs les plus prolifiques au monde dans le domaine de l'obésité. Selon cet organisme, le professeur Jean-Pierre Després, directeur de l'axe de recherche en cardiologie à l'IUCPQ se classe au 3<sup>e</sup> rang alors que son collègue, le professeur Angelo Tremblay, chercheur dans l'axe d'obésité et métabolisme, se classe au 4<sup>e</sup> rang parmi un total de 173 000 chercheurs ayant publié des résultats de recherche sur l'obésité dans des revues scientifiques au cours de la dernière décennie. L'Université Laval se classe maintenant 18<sup>e</sup> parmi plus de 30 000 établissements de recherche à travers le monde en termes de nombre de publications scientifiques portant sur l'obésité. Les chercheurs participent aussi sur une base régulière à différents congrès et colloques internationaux. Plus de 269 conférences et 354 abrégés ont été présentés à travers le monde par les médecins, chercheurs et étudiants du CRIUCPQ.

En tant que chefs de file dans leur domaine, des chercheurs du centre organisent régulièrement des événements majeurs, tels que :

- Symposium du Québec sur les maladies valvulaires cardiaques;
- Préceptorat de la Chaire internationale sur le risque cardiométabolique;
- Symposium annuel de la Chaire de recherche sur l'obésité;
- *Canadian Obesity Student Meeting*;
- Symposium sur le transfert des connaissances et des technologies;
- Symposium Québec-France;
- Symposium international sur la prévention/réadaptation cardiovasculaire;
- Minisymposium en aérovirologie;
- Rencontre annuelle des membres de la Chaire internationale sur le risque cardiométabolique qui se tient à chaque année dans une ville différente (Québec, Rome, New York, Paris, Budapest, Boston);
- Congrès international sur l'obésité abdominale (tenu à Hong-Kong en janvier 2010).

Ces activités, organisées au Québec ou ailleurs dans le monde, réunissent les plus illustres chercheurs internationaux et permettent les échanges sur les études en cours et les nouvelles découvertes.

### RIX ET DISTINCTIONS

Cette année encore, plusieurs chercheurs, médecins et étudiants membres du CRIUCPQ se sont distingués par l'obtention de prestigieux prix et de nominations importantes.

**Monsieur Pierre-Gilles Blanchard**, étudiant au doctorat sous la supervision du D<sup>r</sup> Yves Deshaies a obtenu la bourse Micheal-Smith des IRSC-CRSH-CRSNG. Déjà boursier du prestigieux programme IRSC de Bourses d'études supérieures du Canada Frederick Banting et Charles Best, Pierre-Gilles a utilisé le Supplément pour études à l'étranger Michael-Smith pour effectuer un stage de trois mois dans le laboratoire du D<sup>r</sup> Philipp Scherer au Touchstone Diabetes Center, University of Texas, Dallas, USA. Le D<sup>r</sup> Scherer est reconnu mondialement pour ses travaux sur l'adiponectine et son impact sur le diabète et les maladies cardiovasculaires. Ce stage fort productif constitue un exemple remarquable de la qualité des collaborations que les chercheurs du CRIUCPQ et leurs étudiants poursuivent avec de nombreux chercheurs et institutions de haut calibre.

**D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet**, récipiendaire 2009 du *Prix Norman L. Jones* pour son article intitulé *Influence of current or former smoking on asthma management and control* paru dans le *Canadian Respiratory Journal*.

**Madame Marie-Annick Clavel**, D.M.V., étudiante au doctorat sous la supervision du D<sup>r</sup> Philippe Pibarot a obtenu la prestigieuse *Bourse d'études supérieures du Canada Vanier* pour son projet de recherche intitulé *Nouvelles découvertes dans le diagnostic et le traitement de la sténose aortique à bas débit*. En plus de l'obtention de cette bourse, Madame Clavel a été nommée lauréate du journal *Le Soleil* pour la semaine du 24 mai 2009 et mise en nomination à titre de personnalité de l'année dans la catégorie Science et recherche.

**D<sup>r</sup> Pascal Daleau** a été nommé président de la Commission de la recherche de l'Université Laval.

**D<sup>r</sup> Yves Deshaies**, chercheur et directeur de l'axe en obésité et métabolisme énergétique, a obtenu le *Prix Yves-Morin* décerné par le Département de médecine de l'Université Laval, en reconnaissance de la qualité de son travail d'enseignement et d'encadrement des étudiants de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> cycles.

**D<sup>r</sup> Éric Larose** a été élu lauréat du journal *Le Soleil* pour la semaine du 18 janvier 2010 et mis en nomination à titre de personnalité de l'année dans la catégorie *Science et recherche*.

**D<sup>r</sup> Denis Richard** a été nommé membre de l'Académie canadienne des sciences de la santé en recevant le titre de *Fellow*. La nomination de *Fellow* est attribuée à des chercheurs qui ont démontré une créativité, des compétences et un leadership exceptionnels pour l'avancement des sciences de la santé. Cette nomination de l'Académie est considérée comme l'un des plus grands honneurs de la part des membres de la communauté scientifique canadienne.

**Christian Roy**, étudiant au doctorat sous la direction de la D<sup>re</sup> Katherine Cianflone, a obtenu une bourse de stage international du Fonds de la recherche en Santé du Québec. Ce programme vise à permettre aux étudiants en formation en recherche en santé de perfectionner leurs connaissances ou d'acquérir de nouvelles techniques par un stage de recherche ponctuel à l'étranger. Christian poursuivra donc un stage de six mois à Maastricht, aux Pays-Bas, dans les laboratoires du D<sup>r</sup> Patrick Schrauwen.

### PUBLICATIONS

Madame Véronique Paradis, conseillère clinicienne (DSI) à l'Institut, a collaboré à la rédaction d'un article paru dans le *Journal of Cardiovascular Nursing*. Cet article porte sur un projet de recherche en sciences infirmières *Approche d'entrevue motivationnelle infirmière auprès des usagers insuffisants cardiaques pour favoriser les comportements d'autosoins*.

# ÉTATS FINANCIERS

Les informations financières présentées sont extraites des états financiers vérifiés (formulaire prescrit AS-471) ayant fait l'objet d'un rapport des vérificateurs le 28 mai 2010. Ces états financiers ont été approuvés par le conseil d'administration le 15 juin 2010.

L'exercice financier 2009-2010 s'est soldé par un excédent des charges sur les revenus de 1 309 673 \$ pour les activités principales. Ce résultat respecte la cible budgétaire déficitaire maximale acceptée par l'Agence et le Ministère, établie à 1 312 900 \$.

La Direction des ressources financières

Note : Au cours de l'exercice 2009-2010, la fondation a octroyé des sommes totalisant 3 052 952 \$ à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec pour des projets au fonds d'immobilisations.

ÉTAT DES RÉSULTATS - FONDS D'EXPLOITATION		
POUR L'EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS	2010	2009
<b>ACTIVITÉS PRINCIPALES</b>		
<b>REVENUS</b>		
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale	181 675 050 \$	175 146 493 \$
Contributions des usagers	6 353 426	5 307 077
Autres revenus	3 406 990	2 724 433
Ventes de services	2 694 668	2 710 853
	<b>194 130 134</b>	<b>185 888 856</b>
<b>CHARGES</b>		
Centres d'activités principales		
Salaires, traitements et avantages sociaux	113 848 491	108 144 806
Autres charges	80 508 270	76 435 709
Autres charges non réparties	1 209 144	1 796 809
	<b>195 565 905</b>	<b>186 377 324</b>
Moins : transferts aux activités accessoires	126 098	120 908
	<b>195 439 807</b>	<b>186 256 416</b>
EXCÉDENT DES CHARGES	(1 309 673)	(367 560)
CONTRIBUTION AU FONDS D'IMMOBILISATIONS	-	(945 000)
EXCÉDENT DES CHARGES DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS CONTRIBUTION AU FONDS D'IMMOBILISATIONS	(1 309 673) \$	(1 312 560) \$
<b>ACTIVITÉS ACCESSOIRES</b>		
REVENUS	31 835 011 \$	35 572 142 \$
CHARGES	31 832 584	35 559 404
EXCÉDENT DES REVENUS	2 427 \$	12 738 \$

SOMMAIRE DE LA RÉPARTITION DES DÉPENSES				
Au 31 mars	2010	%	2009	%
<b>PAR CENTRE D'ACTIVITÉ</b>				
Programme santé physique (soins infirmiers, services diagnostiques, thérapeutiques, ambulatoires)	133 709 799 \$	58,83	126 161 542 \$	56,88
Autres (urgence, pharmacie, services sociaux, physiothérapie, ergothérapie)	21 061 300	9,27	18 831 988	8,49
Services administratifs et de soutien	25 347 869	11,15	25 008 734	11,27
Services techniques	14 111 695	6,21	14 457 343	6,52
Activités accessoires	31 832 584	14,01	35 559 404	16,03
Charges non réparties	1 209 144	0,53	1 796 809	0,81
	<b>227 272 391 \$</b>		<b>221 815 820 \$</b>	
<b>PAR NATURE DE DÉPENSES</b>				
Masse salariale	134 215 139 \$	59,05	127 596 825 \$	57,52
Autres fournitures et services	36 383 969	16,01	42 387 547	19,11
Fournitures médicales et chirurgicales	42 593 014	18,74	38 299 359	17,27
Médicaments	7 953 929	3,50	7 346 279	3,31
Produits sanguins	4 466 090	1,97	4 607 880	2,08
Denrées alimentaires	1 660 250	0,73	1 577 930	0,71
	<b>227 272 391 \$</b>		<b>221 815 820 \$</b>	



<b>BILAN</b>					
Au 31 mars	2010	2009		2010	2009
<b>ACTIF</b>			<b>PASSIF</b>		
<b>FONDS D'EXPLOITATION</b>			<b>FONDS D'EXPLOITATION</b>		
Encaisse	11 479 220 \$	10 306 203 \$	Comptes à payer et passif couru	19 301 304 \$	14 465 441 \$
Placements temporaires, 1,1 %	10 090 411	7 194 964	Provision pour avantages sociaux	12 655 554	12 599 029
Comptes à recevoir et actif couru	10 283 050	5 921 030	Somme due au fonds affecté	197 088	100 439
Subvention à recevoir du MSSS - réforme comptable	12 360 316	12 156 519	Somme due au fonds d'immobilisations	4 021 159	19 305
Somme à recevoir du fonds d'immobilisations		-	Revenus reportés	28 550 540	26 503 161
Frais reportés	4 498 227	3 401 484		64 725 645	53 687 375
	<b>48 711 224 \$</b>	<b>38 980 200 \$</b>	Solde du fonds		
			Avoir propre négatif	(16 014 421)	(14 707 175)
				<b>48 711 224 \$</b>	<b>38 980 200 \$</b>
<b>FONDS D'IMMOBILISATIONS</b>			<b>FONDS D'IMMOBILISATIONS</b>		
Encaisse	- \$	207 139 \$	Financement temporaire	50 148 753 \$	30 181 644 \$
Comptes à recevoir - Agence et MSSS	-	997 575	Comptes à payer et passif couru	2 228 247	1 805 990
Autres débiteurs	580 938	567 828	Intérêts courus à payer	311 725	768 656
Somme à recevoir du fonds d'immobilisations	4 021 159	19 305	Somme due au fonds d'exploitation		-
Subvention à recevoir du MSSS - réforme comptable	311 725	768 656	Revenus reportés	4 766 329	6 870 260
	<b>4 913 822</b>	<b>2 560 503</b>		<b>57 455 054</b>	<b>39 626 550</b>
Immobilisations	140 255 983	124 646 904	Dette à long terme		
			Obligations	51 147 595	56 536 446
Frais reportés d'émission et d'escompte sur obligations	208 043		Revenus reportés du M.S.S.S. - réforme comptable	34 886 978	29 156 190
	<b>145 377 848 \$</b>	<b>127 207 407 \$</b>		<b>86 034 573</b>	<b>85 692 636</b>
			Solde du fonds	1 888 221	1 888 221
<b>FONDS AFFECTÉ</b>				<b>145 377 848 \$</b>	<b>127 207 407 \$</b>
Somme à recevoir du fonds d'exploitation	197 088 \$	100 439 \$	<b>FONDS AFFECTÉ</b>		
			Fonds affecté non attribué	197 088 \$	100 439 \$

# MOT DU PRÉSIDENT



FONDATION  
INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC



L'année 2009 marquait une étape importante dans l'historique de votre Fondation. En effet, les deux organismes qui représentaient l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec, soit la Fondation Hôpital Laval et l'Institut de cardiologie de Québec, se sont regroupés sous le nom de *Fondation de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec*. Ce regroupement nous a permis de mettre en commun nos ressources et de cibler nos efforts, mais surtout, d'en faire toujours davantage avec chaque dollar reçu pour les personnes atteintes de maladies cardiorespiratoires et de maladies reliées à l'obésité. Les défis étaient nombreux et de taille. Appuyée par des bénévoles dynamiques et par près de 3 000 médecins, professionnels, chercheurs et gestionnaires dévoués, l'équipe d'expérience qui constitue la permanence de la Fondation a su établir ses nouvelles couleurs et sa vision novatrice.

Malgré un contexte économique difficile qui laissait présager le pire, nous avons obtenu d'excellents résultats dans nos différentes activités de collecte de fonds. En 2009, la Fondation a amassé un peu plus de 6 M\$ grâce à la générosité d'environ 25 000 donateurs corporatifs et privés. Nous continuerons sur cette belle lancée grâce à votre soutien qui demeure essentiel afin de maintenir une fondation forte au bénéfice de l'Institut et de la population du Centre et de l'Est du Québec.

Ensemble, nous croyons qu'il est possible de faire plus et de maximiser chaque dollar recueilli auprès de nos généreux mécènes.

Merci de votre soutien !

Christian Lessard  
Président du conseil d'administration

## AU CŒUR DE VOS PASSIONS



Présentée par la Société générale de financement du Québec, la 6<sup>e</sup> édition de la soirée « Au cœur de vos passions » a eu lieu le 1<sup>er</sup> mai au Château Frontenac. Cette activité, réalisée en collaboration avec la Société des alcools du Québec, était sous la présidence d'honneur de monsieur Jean Charest, premier ministre du Québec. Grâce à la générosité des partenaires et à l'implication dynamique du comité organisateur, l'événement a été couronné de succès. En effet, 400 épicuriens se sont réunis pour cette dégustation de vins rares et prestigieux, ce qui a permis de récolter 130 000 \$.

## INTERMED EN CONCERT



Encore cette année, l'ensemble musical InterMED a su charmer son public avec l'interprétation de thèmes musicaux de grandes séries télévisées québécoises et nord-américaines. La projection d'images et de vidéos relatives aux différentes émissions de télévision et la présence de numéros théâtraux joués par la troupe Les Fous de la Rampe ont provoqué bien des acclamations et des rires à la Salle Albert-Rousseau le 27 avril. Ce concert-bénéfice, né de l'initiative du D<sup>r</sup> Louis-Philippe Boulet, pneumologue et chercheur à l'Institut, a permis d'amasser cette année 20 000 \$.

## 25<sup>e</sup> CLASSIQUE DE GOLF



La 25<sup>e</sup> Classique de golf de la Fondation, qui avait lieu le lundi 15 juin au Club de golf Cap-Rouge, a rapporté 60 000 \$ de profits. Les coprésidents d'honneur Jean Yelle, vice-président des Services de cartes Desjardins, et Claude Rousseau, président du Groupe des Remparts de Québec, ont reçu en toute simplicité les 140 golfeurs inscrits. C'est la cornemuse et les coups de canon du 78<sup>th</sup> Fraser Highlanders qui ont donné le coup d'envoi de ce tournoi. Tous les golfeurs qui se sont empressés d'acheter leur quatuor ont reçu quatre billets valides pour le Skins mondial TELUS 2009, une gracieuseté de Desjardins.

## DÉFILÉ QUÉBEC/FERRARI



Le samedi 22 août avait lieu la deuxième édition du Défilé Québec/Ferrari. Cet événement-bénéfice organisé par le Luigi Ferrari Club de Montréal a rassemblé sur la Grande Allée 23 voitures de marque Ferrari au plus grand plaisir des amateurs et des passants. Pour l'occasion, la Grande Allée était rouge de voitures et noire de monde ! Plus de 20 000 personnes ont pris part à cette activité. La générosité des propriétaires de Ferrari et des partenaires ayant commandité chaque voiture a permis au comité organisateur de remettre 35 000 \$ à la Fondation. Avec cette somme, les organisateurs veulent donner à l'Institut la possibilité d'aménager une salle de conditionnement physique adaptée aux jeunes en attente d'un cœur. D'ailleurs, pour la cause, Louis-Alexandre Tremblay, jeune greffé du cœur âgé de 16 ans, s'est fait porte-parole de la Fondation en réalisant bon nombre d'entrevues dans différents médias.

## MARATHON DES DEUX RIVES

Le dimanche 30 août, Annie Girard réalisait le défi de sa vie. Chaque kilomètre parcouru était une victoire pour celle qui, moins d'un an et demi après une transplantation cardiaque, a couru le 10 km au Marathon des Deux Rives. Elle a réalisé cet exploit tout en amassant de l'argent pour le fonds dédié en insuffisance cardiaque et transplantation de la Fondation. Son courage et sa détermination lui ont permis de remettre un chèque de 8 000 \$ à la Fondation. Fière de ce qu'elle a accompli, Annie compte renouveler l'expérience en 2010, cette fois avec un demi-marathon à parcourir.

## BRUNCH FAMILIAL ANNUEL



Le dimanche 1<sup>er</sup> novembre, le Brunch familial présenté par Desjardins a charmé par ses allures olympiques les quelques 260 convives rassemblés à la salle de bal du Château Bonne Entente. L'événement a rapporté 44 000 \$ de profits nets. Sous la présidence d'honneur de M. Raymond Laurin, CA, premier vice-président Finances, Trésorerie et chef de la direction financière, Mouvement Desjardins, le Brunch familial a permis aux enfants présents et à leurs parents tout aussi curieux, de rencontrer et de s'entretenir avec des athlètes de calibre olympique. Alex Harvey, Claude Godbout, Marc-André Bédard et Jean-Philippe Le Guellec étaient présents ainsi que Nicolas Murray et Paméla Veilleux-Filiatrault du Rouge et Or Natation. Les quelque 50 enfants présents ont d'ailleurs eu la chance de défiler en compagnie des athlètes et les parents, quant à eux, ont pu faire évaluer leurs facteurs de risque par des kinésioles du PPMC. D<sup>r</sup> Éric Larose, cardiologue

à l'Institut, a informé les convives sur les percées dans la recherche portant sur le maintien de la santé cardiovasculaire à l'UCPQ et Mme Julie Turmel, étudiante au doctorat en médecine expérimentale, a traité des problèmes de santé cardiorespiratoires chez les athlètes de haut niveau.

## EN VIE DE BOUGER



Présenté le 21 novembre 2009 au Centre de mise en forme pour la femme Profil, le défi sportif *En vie de bouger* a permis de récolter 27 500 \$ au profit de la Fondation. Plus de 200 personnes se sont entraînées pour faire la promotion de l'activité physique et pour la prévention des maladies cardiorespiratoires et reliées à l'obésité.

## FOUS DE LA RAMPE



Les membres de la troupe Les Fous de la Rampe ont su, encore une fois, charmer leurs collègues en jouant la pièce *Le Vallon*, d'Agatha Christie, en novembre, au Théâtre de la Cité universitaire. Un montant de 5 000 \$ a été amassé et remis à la Fondation. La Fondation tient à féliciter les membres de la troupe pour leur implication et leur dynamisme. Plus particulièrement : Cynthia Bizier, Nadia Chayer-Leblond, Isabelle Cyr, Jean Desjardins, Mireille Genest, Jean Guèvremont, Maryse Julien, Jean-François Lauzon-Joset, Rollande Lavoie, Sylvianne Picard et Frédéric Sériès.

## SUBVENTIONS DE RECHERCHE ET BOURSES

### CONCOURS EN PNEUMOLOGIE

La Fondation a remis une bourse de 42 500 \$ au Dr Richard Debigaré afin qu'il puisse mener à bien son projet de recherche portant sur la perte de masse musculaire chez les personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

### CONCOURS EN CARDIOLOGIE

Dans le cadre d'un concours annuel créé il y a plus de dix ans, la Fondation a remis en 2009 la somme de 381 000 \$ en subventions de recherche en cardiologie. Seize chercheurs travaillant au Centre de recherche de l'Institut ont pu bénéficier de ces subventions essentielles à la continuité des avancées dans le domaine de la cardiologie. Toutes les demandes d'aide financière ont été étudiées selon les critères d'excellence en recherche reconnus par le Fonds de la recherche en santé du Québec. Les chercheurs qui bénéficient des fonds remis dans le cadre de ce concours en 2009 sont : Marie Arseneault, Olivier F. Bertrand, Yohan Bossé, Jacques Couet, Pascal Daleau, Jean-Pierre Déry, Benoît Drolet, Jean G. Dumesnil, Éric Larose, François Lellouche, Patrick Mathieu, Philippe Pibarot, Paul Poirier, Josep Rodés Cabau, Mario Sénéchal et Chantale Simard. De plus, la Fondation a versé la somme de 40 000 \$ à la banque de tissus en cardiologie, laquelle constitue une ressource absolument indispensable pour l'ensemble des chercheurs.

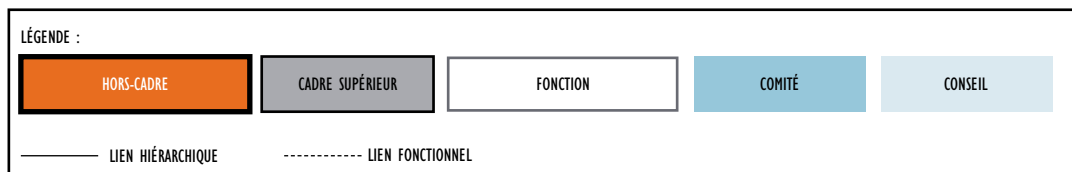
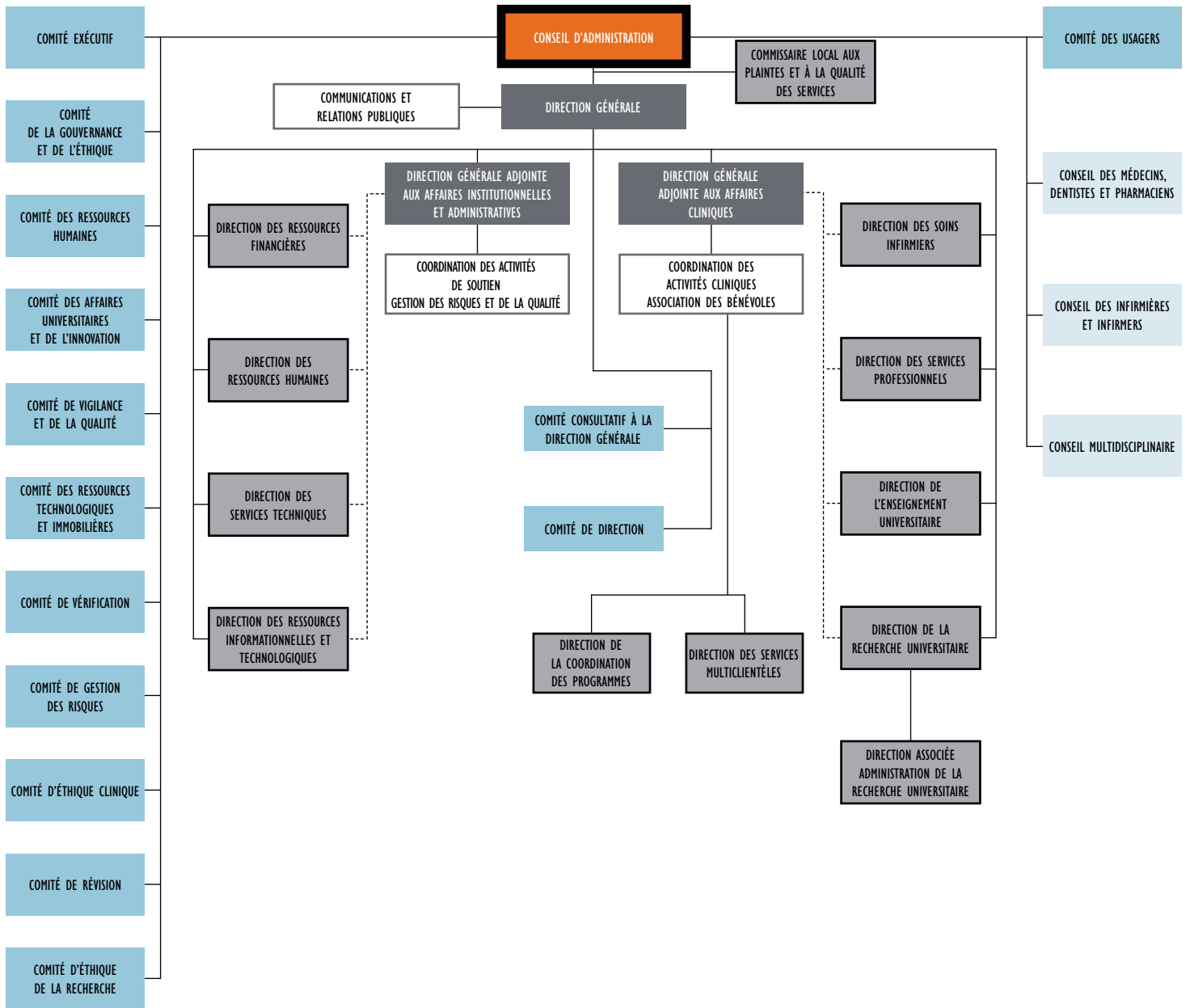
### BOURSES GREAT-WEST LIFE

Les entreprises Great-West Life et Liberté 55 appuient depuis plusieurs années la mission de la Fondation en remettant deux bourses de 25 000 \$ chacune à des médecins et chercheurs évoluant dans le domaine de la cardiologie. L'attribution de ces bourses vise à faciliter les stages de surspécialisation à l'extérieur de la province et du pays. Les Drs Benoît Arseneault et Frédéric Jacques sont les récipiendaires 2009 de ces bourses. Dr Arseneault, chercheur fondamentaliste, a récemment joint le Département de médecine vasculaire du *Academic Medical Center* à *Amsterdam* pour poursuivre sa formation sur l'étude du métabolisme des lipides. C'est à l'hôpital Sickkids de Toronto que Dr Jacques, chirurgien cardiaque, perfectionnera ses connaissances en chirurgie cardiaque pédiatrique et congénitale. Une fois cette formation complétée, ces boursiers reviendront pratiquer à l'Institut.

### LA FONDATION DONNE 2,5 M\$ POUR LE CENTRE DE RECHERCHE

La Fondation a offert une contribution majeure de l'ordre de 2,5 M\$ au Centre de recherche de l'Institut afin de l'aider à concrétiser sa troisième phase d'agrandissement. L'argent remis par la Fondation sera utilisé autant pour l'achat d'équipements que pour les aménagements immobiliers. Cet investissement important permettra de construire de nouveaux laboratoires de recherche clinique et fondamentale. Il favorisera également le recrutement et la rétention de chercheurs exceptionnels.

# ORGANIGRAMME DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



# COMITÉS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

## CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010

Madame **Claudia Boulanger**  
Collège électoral : Population

Monsieur **Jean Brown**  
Collège de désignation : Fondation

Monsieur **André-J. Castonguay**  
Collège électoral : Ministère

Madame **Ginette G. Defoy**  
Collège de désignation : Cooptation

Monsieur **Laurent Després**  
Collège de désignation : Fondation  
**Vice-président**

Madame **Martine Dubois**  
Collège électoral : Personnel non clinique

Monsieur **Carl Taillon**  
Directeur général  
**Secrétaire**

Madame **Annie Morin**  
Collège de désignation : Résidents en médecine

Monsieur **Jean-Pierre Grégoire**  
Collège de désignation : Université

Madame **Line Grisé**  
Collège de désignation : Université

Madame **Marie-France La Haye**  
Collège électoral : Population

Monsieur **René Lamontagne**  
Collège de désignation : Université

Monsieur **Onil Gleeton**  
Collège de désignation : Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Monsieur **Adolphe Michaud**  
Collège de désignation : Comité des usagers

Madame **Anne Michaud**  
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Louise Milot**  
Collège de désignation : Agence

Madame **Madeleine Nadeau**  
Collège de désignation : Agence  
**Présidente**

Monsieur **Benoît Riendeau**  
Collège de désignation : Cooptation

Madame **Danielle Rodrigue**  
Collège de désignation : Conseil des infirmières et infirmiers

Monsieur **Serge Simard**  
Collège de désignation : Conseil multidisciplinaire

Monsieur **Georges Smith**  
Collège de désignation : Comité des usagers

## COMITÉ EXÉCUTIF 2010

- **Présidente du conseil d'administration**  
Madeleine Nadeau
- **Vice-président du conseil d'administration**  
Laurent Després
- **Secrétaire du conseil d'administration** Carl Taillon
- **Membre du CA** Jean-Pierre Grégoire
- **Membre du CA** Danielle Rodrigue

### COMITÉ DE LA GOUVERNANCE ET DE L'ÉTHIQUE

M<sup>me</sup> Madeleine Nadeau

Présidente

Présidente du conseil d'administration

### COMITÉ DES RESSOURCES HUMAINES

M<sup>me</sup> Line Grisé

Présidente

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DES AFFAIRES UNIVERSITAIRES ET DE L'INNOVATION

M. René Lamontagne

Président

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

M<sup>me</sup> Louise Milot

Présidente

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DES RESSOURCES TECHNOLOGIQUES ET IMMOBILIÈRES

M. Jean Brown

Président

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DE VÉRIFICATION

M. Laurent Després

Président

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

M<sup>me</sup> Louise Milot

Présidente

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ D'ÉTHIQUE CLINIQUE

D<sup>re</sup> Suzanne Cayer

Présidente

Représentante des médecins du secteur général

### COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

D<sup>r</sup> Franck Molin

Président

Représentant du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

### COMITÉ DE RÉVISION

(CF. Loi sur le protecteur des usagers)

M<sup>me</sup> Marie-France La Haye

Présidente

Membre du conseil d'administration

### COMITÉ DES USAGERS

M. Georges Smith

Président

Membre du conseil d'administration



# CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS (CMDP)

Le comité exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Institut s'est réuni à 12 reprises, a tenu une assemblée générale ordinaire le 16 décembre 2009 et une assemblée générale annuelle le 2 juin 2010.

Le comité exécutif était composé de sept membres, soit :  
D<sup>r</sup> Guy Proulx, président;  
D<sup>re</sup> Kathleen Raby, vice-présidente;  
M<sup>me</sup> Julie-A. Boisvert, secrétaire-trésorière;  
D<sup>r</sup> Sylvain Blanchet, 1<sup>er</sup> conseiller;  
D<sup>re</sup> Sylvie Ferland, 2<sup>e</sup> conseillère;  
D<sup>r</sup> Carl Taillon, directeur général;  
D<sup>r</sup> Michel Piraux, directeur des services professionnels.

Deux invités ont participé de façon régulière aux réunions ordinaires du comité exécutif :  
D<sup>r</sup> Onil Gleeton, membre désigné du conseil d'administration (CA);  
D<sup>r</sup> Simon Martel, président sortant.

## DOSSIERS IMPORTANTS TRAITÉS PAR LE COMITÉ EXÉCUTIF DU CMDP EFFECTIFS MÉDICAUX

La situation au Service radiologie diagnostique reste précaire. Toutefois, deux nouvelles recrues se joindront bientôt à l'équipe, soit la D<sup>re</sup> Luce Cantin, qui débutera en juillet 2010, et le D<sup>r</sup> Médéric Claude-Desroches qui entrera en fonction à l'automne 2010, plus précisément en novembre. Par rapport aux examens à lire, le taux de lecture s'est maintenu au même niveau, quoiqu'un peu de retard se soit ajouté en conséquence de divers problèmes liés au personnel de soutien et au changement de PACS. Cela a ralenti la lecture des examens et l'élaboration des rapports.

En radiologie vasculaire, un interventionniste a remis sa démission, de sorte qu'il ne reste qu'une seule radiologiste interventionniste; lors des absences de celle-ci, il faut compter sur des arrangements à la pièce avec le groupe d'interventionnistes de la Ville de Québec, particulièrement ceux du CHUQ - St-François d'Assise. Cette organisation des soins n'est pas simple, notamment en ce qui a trait aux patients qui sont difficilement transférables. Ce dossier fera

l'objet d'un suivi au cours de l'année à venir d'un point de vue organisationnel.

Un Département de médecine d'urgence a été créé en début d'année 2010, ce qui facilitera l'organisation de la couverture de l'Urgence. Cependant, les effectifs sont limités. Le recrutement sera à négocier avec le Département de médecine générale qui, lui aussi, est dans une situation limite en termes d'effectifs. Par ailleurs, on déplore la démission d'un membre de l'équipe de l'Urgence en raison de l'exiguïté des lieux et de la surcharge de patients. Les lieux physiques sont une problématique chronique. L'agrandissement de l'Urgence s'avère donc impératif dans un tel contexte.

En psychiatrie, l'équipe a vécu une certaine déstabilisation en raison de la désorganisation du Département régional de psychiatrie de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Le nouveau chef a été nommé récemment et, pour le moment, nous sommes en attente des développements qui s'ensuivront quant à l'organisation de la psychiatrie de liaison, aux possibilités de recrutement et à l'organisation des soins pour desservir la population.

Au Service de chirurgie thoracique, un nouveau membre s'est joint à l'équipe, ce qui permet d'offrir un meilleur service et d'améliorer l'organisation des soins à la population qui nécessite des interventions chirurgicales en pneumologie et en chirurgie thoracique.

Par ailleurs, plusieurs nouveaux membres se sont ajoutés à l'équipe des soins intensifs, de sorte qu'il sera possible de créer au moins deux unités de soins intensifs de chirurgie cardiaque fermées et, ainsi, d'offrir une couverture 24/7 avec des intensivistes, ce qui améliorera considérablement la qualité des soins.

## GESTION PAR PROGRAMMES

Depuis le début de l'année 2010, des cogestionnaires clinico-administratifs ont été nommés et la gestion par programmes s'est amorcée progressivement. À ce stade, il est trop tôt pour évaluer les retombées de cette nouvelle approche.

## **ORDONNANCES COLLECTIVES**

Aucun développement n'est survenu dans le dossier des ordonnances collectives concernant la clientèle ambulatoire. Le comité exécutif du CMDP est toujours en attente, depuis l'année dernière, d'une réponse relativement à la question spécifique adressée au Collège des médecins du Québec.

## **PRÉVENTION DES INFECTIONS**

La performance de notre centre hospitalier par rapport à la prévention des infections est excellente, et ce, malgré l'éclosion de *Clostridium difficile* vécue lors de la dernière saison hivernale. Cette éclosion est en voie d'être maîtrisée par l'équipe de prévention des infections. La dernière année demeurera gravée dans la mémoire de tous comme étant celle de la pandémie de grippe A (H1N1) qui a accaparé et drainé beaucoup d'énergie chez le personnel clinique en plus de monopoliser l'attention de tous. Toutefois, en ce qui concerne la saison grippale 2010, celle-ci a été plus légère qu'auparavant ce qui a permis de diminuer la pression sur le personnel concerné.

## **PROGRAMME PILOTE DE PRISE EN CHARGE DES FUMEURS**

Le programme de prise en charge des fumeurs bénéficie d'une année de sursis bien qu'il soit nécessaire de trouver des ressources financières pour le maintenir. Considérant la vocation et le statut de centre tertiaire de l'UQPQ, les intervenants dans ce dossier conviennent qu'il est légitime qu'un tel programme subsiste.

## **ACTIVITÉS PENDANT LA PÉRIODE DES FÊTES 2009-2010 ET LA PÉRIODE ESTIVALE 2010**

Les activités pendant la période des fêtes se sont déroulées sans problèmes majeurs. Les activités cliniques ont été maintenues malgré les longues périodes de congé. La régression de la pandémie de la grippe A (H1N1) avant cette période charnière y a contribué. Pour la période estivale 2010, des réductions d'activité sont prévues et celles-ci devraient être similaires à celles des années précédentes.

## **PATIENTS EN ATTENTE D'HÉBERGEMENT**

Il demeure toujours un nombre élevé de patients chroniques, autour d'une trentaine, ce qui engendre régulièrement des débordements à l'Urgence et oblige l'ouverture du pavillon Rousseau. Cette situation, qui perdure, a régulièrement des effets sur le niveau d'activité et augmente les listes d'attente tant en électrophysiologie qu'en hémodynamie, puisque les lits de courts séjours ne sont pas libérés ni le patient qui a besoin d'une autre procédure en raison d'une occupation par les patients chroniques (autour de 10 % des lits de soins aigus). Les chiffres comptabilisés à l'Institut sont toujours différents de ceux du MSSS en conséquence de leur façon de calculer les patients qui n'est pas à l'image du taux réel d'occupation de nos lits.

## **PLAINTES**

Au cours de la dernière année, vingt-cinq plaintes ont été transférées au médecin examinateur par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Trois plaintes demeuraient en voie de traitement au début de l'exercice. Vingt-six plaintes médicales ont été conclues durant l'année, deux demeurent actives au 31 mars 2010.

L'opinion du médecin examinateur a été contestée trois fois au cours de la période visée. Conséquemment, trois dossiers ont été transmis au comité de révision. Parmi les motifs de plainte, onze portaient sur les soins et services dispensés, treize concernaient des relations interprofessionnelles, trois portaient sur l'accessibilité.

Dix plaintes écrites par le plaignant ou son mandataire ont été ouvertes par la commissaire locale qui a analysé leur recevabilité puis les a transférées au médecin examinateur. Les autres plaintes déposées verbalement ont fait l'objet d'un résumé écrit par la commissaire locale aux plaintes avant d'être transmis au médecin examinateur. Le délai moyen de traitement des plaintes s'est situé à moins de trente jours.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006, toutes les plaintes formulées par du personnel à l'endroit de médecins œuvrant dans les divers secteurs hospitaliers sont traitées par le médecin examinateur au même titre que les plaintes des usagers. Cette année, six de ces plaintes portaient sur les relations interpersonnelles. Des rencontres de conciliation ont été tenues avec toutes les personnes concernées afin de dénouer les situations et obtenir de meilleures relations interpersonnelles et interprofessionnelles.

### **AGRÉMENT CANADA**

En novembre dernier a eu lieu la visite d'Agrément Canada. Deux secteurs ont reçu une mention d'excellence pour leur pratique, soit l'hématologie et la pathologie. Au cours des derniers mois, monsieur Sébastien Blais, conseiller en performance et suivis de gestion, a été engagé afin de travailler à l'optimisation des processus et de la performance. Nous verrons au cours de la prochaine année l'impact sur les activités que cela engendrera.

### **FONDS SPÉCIFIQUE DU CMDP**

Deux demandes ont été transmises au comité *ad hoc* de recrutement des effectifs médicaux. Après étude par les membres de ce comité, les D<sup>s</sup> Médéric Claude-Desroches, radiologiste, et Mikaël Trottier, spécialisé en médecine nucléaire, ont reçu chacun une bourse de 10 000 \$ du **Fonds spécifique** du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Institut.

### **AUTRES DOSSIERS**

#### **LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT IMMOBILIER (PDI)**

Le PDI a été déposé et il semble que le dossier de l'électrophysiologie avance favorablement en raison de la longueur de la liste d'attente. Par ailleurs, l'importance du dossier de l'agrandissement de l'Urgence a été soulignée, car il est impératif de réaménager cet espace de façon moderne et plus efficiente pour y améliorer les conditions de travail.

### **LE GUIDE DE NIVEAUX DE SOINS**

Le guide de niveaux de soins a été mis en place en 2009 à l'Institut et une refonte s'effectue présentement afin que ce guide soit harmonisé pour toute la région de Québec.

### **L'INFORMATISATION**

Compte tenu du retard relativement au développement de l'informatisation dans notre institution, l'avancement dans ce domaine stagne ainsi que tout ce qui y est connexe. Dans cette perspective, un comité, sous la gouverne du comité exécutif du CMDP, sera formé pour canaliser les demandes des divers secteurs et équipes médicales de l'Institut. Ce comité travaillera en collaboration avec le directeur des systèmes d'information.

Par ailleurs, un nouveau système de télémétrie a été déployé. Toutefois, celui-ci a connu plusieurs difficultés qui ne semblent pas être tout à fait réglées six mois plus tard.

Le nouveau PACS a été installé au Service de radiologie diagnostique et le déploiement a été vécu très difficilement, d'autant plus que des ratés sont survenus ainsi qu'une attaque virale sur le PAC XCelera en échographie. Cela a mis en évidence que l'équipe des systèmes d'information et du génie biomédical (GBM), qui travaille avec ardeur, est probablement insuffisante devant la progression rapide de l'informatisation.

De nouvelles technologies ont émergé au cours des dernières années, tant en chirurgie cardiaque, en hémodynamie qu'en électrophysiologie, cependant, un problème de financement majeur se pose. Des négociations devront avoir lieu avec l'Agence de la santé et des services sociaux afin d'obtenir le financement nécessaire et ainsi permettre de maintenir les activités dans différents domaines d'expertise tels que les prothèses valvulaires percutanées et transapicales ainsi que les prothèses déployées dans l'appendice auriculaire.

## LE COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique a organisé des activités générales pour favoriser la promotion de la qualité de l'acte médical. Entre autres, un minisymposium a eu lieu le 12 novembre 2009 dont les conférenciers étaient M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard, expert en poursuites médicales, et la D<sup>re</sup> Lorraine LeGrand Westfall, représentante de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM).

## NOMINATIONS (DE JUILLET 2009 À JUIN 2010)

Le comité exécutif du CMDP a recommandé les nominations suivantes :

### CHEFS DE SERVICE ET DE DÉPARTEMENT CLINIQUES

D<sup>r</sup> Sylvain Chouinard, chef du Département de médecine  
D<sup>r</sup> Christian-René Hébert, chef du Département de médecine d'urgence  
D<sup>r</sup> Pierre Laflamme, chef du Département d'anesthésiologie  
D<sup>r</sup> Stéphane Rioux, chef du Département de médecine générale  
D<sup>r</sup> Gilles Brochu, chef du Service de microbiologie et de mycobactériologie  
D<sup>r</sup> Robert De Larochellière, chef du Service de cardiologie

### NOMINATIONS : MEMBRES ACTIFS

D<sup>r</sup> Médéric Claude-Desroches, Service de radiologie diagnostique (\*10/2010)  
D<sup>re</sup> Caroline Minville, Service de pneumologie (10/2011)  
D<sup>r</sup> Mikaël Trottier, Service de médecine nucléaire (07/2011)

\* Date *prévue* de l'entrée en fonction.

### ENTRÉES EN FONCTION : MEMBRES ACTIFS

D<sup>re</sup> Élisabeth Bédard, Service de cardiologie (\*10/2009)  
D<sup>re</sup> Christine Bourgault, Service de cardiologie (01/2010)  
D<sup>re</sup> Isabelle Boutin, Service de pneumologie (01/2010)  
D<sup>re</sup> Luce Cantin, Service de radiologie diagnostique (07/2010)

D<sup>re</sup> Geneviève Dion, Service de pneumologie (06/2010)  
D<sup>re</sup> Dominique Gagné, Service de pneumologie (10/2009)  
D<sup>r</sup> Yan Morin, Département de médecine d'urgence (08/2009)  
D<sup>re</sup> Isabelle Nault, Service de cardiologie (11/2009)  
D<sup>re</sup> Kim O'Connor, Service de cardiologie (10/2010)  
D<sup>r</sup> Sergio Pasian, Service de radiologie diagnostique (07/2009)  
D<sup>re</sup> Isabelle Plamondon, Département de médecine [néphrologie] (10/2009)  
D<sup>re</sup> Caroline St-Pierre, Département de médecine d'urgence (05/2010)

\* date d'entrée en fonction

<sup>1</sup> date *prévue* d'entrée en fonction

### NOMINATIONS : MEMBRES ASSOCIÉES

M<sup>me</sup> Émilie Guérin, Département de pharmacie  
M<sup>me</sup> Marie-Sophie Lambert, Département de pharmacie  
D<sup>re</sup> Caroline Lavoie, Service de radiologie diagnostique  
D<sup>re</sup> Marie-Pierre Roy, Département de médecine d'urgence

### NOMINATIONS : MEMBRES-CONSEILS

D<sup>re</sup> Liny Laroche, Service de médecine familiale (06/2009)  
D<sup>r</sup> Louis-Étienne Marcoux, Service d'ophtalmologie (02/2010)

### DÉMISSIONS (DE JUILLET 2009 À JUIN 2010)

Les membres suivants ont remis leur démission :

### DÉMISSIONS : MEMBRES ACTIFS

D<sup>r</sup> Jean-Philippe Bolduc, Service de radiologie diagnostique  
D<sup>re</sup> Mylène Lacroix, Département de médecine d'urgence (effectif le 1<sup>er</sup> juillet 2010)  
M<sup>me</sup> Caroline Sirois, Département de pharmacie

### DÉMISSIONS : MEMBRES ASSOCIÉS

D<sup>r</sup> Dennis Bailey, Service de chirurgie cardiaque  
D<sup>r</sup> Jean-François Bellemare, Département de médecine [interniste intensiviste]

### DÉMISSIONS : MEMBRE CONSEIL

D<sup>re</sup> Nancy Paquet, Service de médecine nucléaire

### MODIFICATIONS DE STATUT (DE MEMBRE ACTIF À MEMBRE ASSOCIÉ)

D<sup>r</sup> Guy Béland, Département de médecine générale

D<sup>r</sup> Pierre Boisvert, Service d'ORL

D<sup>r</sup> Marie-Josée Filion, Département de médecine générale

### LES EFFECTIFS MÉDICAUX DU CMDP (EN DATE DU 31 MARS 2010)

#### Membres actifs : 174

Médecins : 153

Pharmaciens : 21

#### Membres associés : 58

Médecins : 49

Pharmaciens : 7

Dentistes : 2

#### Membres-conseils : 54

Médecins : 53

Dentiste : 1

#### Membres honoraires : 23

Médecins : 20

Pharmaciens : 3

#### TOTAL : 309

### LES COMITÉS DU CMDP

Comité *ad hoc* consultatif en soins intensifs, D<sup>r</sup> Mathieu Simon, président;

Comité ad hoc sur le recrutement des effectifs médicaux, D<sup>r</sup> Guy Proulx, président;

Comité d'examen des titres, D<sup>r</sup> Bruno Raby, président;

Comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique, D<sup>r</sup> Rosaire Vaillancourt, président;

Sous-comité des dossiers (sous la gouverne du comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique) poste vacant ;

Comité de médecine transfusionnelle, D<sup>r</sup> François Dubé, président;

Comité de pharmacologie, président, D<sup>r</sup> Jacques LaForge, président ;

Comité de promotion de vie sans fumée, D<sup>re</sup> Johanne Provencher, présidente;

Comité de réanimation cardiorespiratoire, D<sup>r</sup> Mathieu Simon, président;

Comité médical consultatif, D<sup>r</sup> Guy Proulx, président ;

Comité de promotion du don d'organes, D<sup>r</sup> Mario Sénéchal, président.

\* À noter que les rapports annuels déposés par ces comités lors de l'assemblée générale annuelle du 2 juin 2010 seront disponibles pour consultation au secrétariat du CMDP.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Guy Proulx, MD

Président du conseil des médecins, dentistes, et pharmaciens

## COMITÉ D'ÉVALUATION MÉDICALE, DENTAIRE ET PHARMACEUTIQUE (CEMDP)

Le comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique (CEMDP) a tenu les cinq réunions prévues de deux heures chacune, les 21 septembre, 16 novembre, 18 janvier, 22 mars et 17 mai de l'année 2009-2010. Comme l'an dernier, la participation de tous les membres du comité a été excellente puisqu'il ne manquait jamais plus qu'un ou deux membres pour des absences motivées.

Cette dernière année, après la première réunion a vu la tenue d'un minisymposium de qualité de l'acte qui s'est tenu le 12 novembre 2009, avec comme conférenciers invités M<sup>e</sup> Claude Jarry, avocat consultant pour l'ACPM, M<sup>e</sup> Jean-Pierre Ménard, avocat bien connu demandeur, et la D<sup>re</sup> Lorraine LeGrand Westfall, chirurgienne consultante à l'ACPM. Il y a eu près de 80 membres du CMDP qui ont participé à cette activité, qui a en général été appréciée. Ce minisymposium portait sur les comportements inappropriés et conflits inter ou intraprofessionnels à l'intérieur ou entre les spécialités dans le milieu hospitalier.

Au cours des dernières années, le comité s'est employé à promouvoir l'utilisation des feuilles d'étude de cas de décès qui avaient été mises en place principalement sous l'impulsion de notre collègue, le Dr Guy Béland, de même que son protocole d'étude de décès. Nous avons constaté une généralisation de l'utilisation de la feuille. Il reste à encourager encore les troupes à regarder l'ensemble de leur morbidité et mortalité sous l'angle de l'amélioration de la qualité en tirant des conclusions à partir de l'étude entre autres des cas de décès pour toujours essayer d'apporter des correctifs positifs.

L'année 2009-2010 sera également celle du retrait définitif du sous-comité des tissus puisque le Département de pathologie, de même que l'étude des mortalités et morbidités par les divers services de chirurgie, couvrent amplement le mandat de ce comité devenu désuet.

J'aimerais souligner le dépôt à presque toutes les réunions au courant de l'année d'étude par critères explicites faits par des résidents en médecine familiale, sous la responsabilité de nos collègues de médecine familiale. Le comité souhaite que tous les autres services prennent exemple sur nos collègues.

En ce qui concerne les dossiers de décès en retard qui n'avaient pas été étudiés par les divers services et départements de l'hôpital, nous notons une nette amélioration, avec une réduction de 50 % de ces dossiers en retard au cours de la dernière année. Il est donc à prévoir que tout retard sera comblé dans la prochaine année et j'invite à nouveau chaque service qui a encore des dossiers antérieurs à 2008 à les prioriser lors de leur prochaine réunion portant sur la mortalité.

Parmi les projets pour la prochaine année, les membres du comité ont constaté leur manque de formation sur les bonnes pratiques pour remplir les certificats de décès. Le Dr Marc Desmeules a développé un intérêt et nous a proposé un quiz avec une auto-évaluation pour améliorer nos

habiletés pour cette tâche administrative qui a un impact probablement important sur l'orientation de certaines politiques ministérielles, en fonction des statistiques dégagées à partir de ces formulaires. Nous allons également nous pencher sur une possible nouvelle activité de promotion de qualité de l'acte sous forme de minisymposium sur la qualité de vie médicale comme facteur favorisant la qualité de l'acte.

Par la présente, je lance un appel à tous les membres du CMDP pour soumettre au comité, soit des problèmes à étudier ou des solutions à proposer, dans le cadre d'évaluations de la qualité de l'acte dans notre milieu.

Les dates des réunions pour 2010-2011 sont les suivantes :

27 septembre 2010, 22 novembre 2010, 17 janvier 2011, 21 mars 2011, 16 mai 2011

Au moins un membre du comité a jusqu'à maintenant annoncé son retrait pour l'année prochaine, soit le Dr François Sirois. Je profite de la présente réunion annuelle pour le remercier vivement pour les plus de 20 ans qu'il a consacrés au comité d'évaluation médicale, dentaire et pharmaceutique.

Et pour terminer, je remercie à nouveau vivement notre dévoué secrétaire aux réunions du comité, le Dr Stéfane Lebel, sans oublier sa non moins dévouée secrétaire, madame Marielle Tremblay, qui met au propre tous les procès-verbaux, de même que madame Vicky Comtois-Plourde, archiviste et finalement, madame Marie-Hélène Lavoie, notre secrétaire en chirurgie thoracique.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Rosaire Vaillancourt, MD, FRCS(C)  
Président du CEMDP

# COMITÉ DE PHARMACOLOGIE

Le comité de pharmacologie 2009-2010 était formé de huit membres :

D<sup>r</sup> Jacques La Forge, président  
D<sup>r</sup> Mathieu Bernier, cardiologue  
D<sup>re</sup> Isabelle Kirouac, interniste  
D<sup>r</sup> François Parent, anesthésiologiste  
M<sup>me</sup> Johanne Morin, chef du Département de pharmacie et secrétaire du comité  
M<sup>me</sup> Julie Racicot, pharmacienne  
D<sup>re</sup> Marie Roy, omnipraticienne à l'Urgence  
M<sup>me</sup> Isabelle Taillon, pharmacienne

Deux personnes-ressources complètent le comité :

D<sup>r</sup> Michel Piraux, directeur des services professionnels  
M<sup>me</sup> Isabelle Perreault, infirmière clinicienne en soins infirmiers

Au cours de l'année 2009-2010, le comité de pharmacologie s'est réuni à cinq reprises. Une réunion a dû être annulée faute de quorum. Au cours de l'année, les points suivants ont été discutés à l'ordre du jour :

## I. ORDONNANCES COLLECTIVES

- OC-115 : Procédures d'angiologie diagnostique et/ou interventionnelle : Ordonnance collective refusée et modifiée en protocole
- OC-130 : Allergie à l'iode : Ordonnance collective refusée et modifiée en protocole
- OC-143 : Administration du diméthylhydrate par voie orale ou intrarectale
- OC-144 : Administration de l'acétaminophène par voie orale ou intrarectale pour le soulagement de la fièvre et/ou de la douleur légère à modérée
- OC-071 : Ajustement du furosémide chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque
- OC-137 : Traitement et prévention de la constipation chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque
- OC-138 : Traitement des dyslipidémies chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque
- OC-139 : Traitement de la goutte chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque

- OC-140 : Optimisation du traitement antihypertenseur chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque
- OC-141 : Ajustement du potassium chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque et de transplantation cardiaque
- OC-142 : Prévention de l'hyperkaliémie : suivi de la spironolactone (Aldactone<sup>md</sup>) et de l'éplérénone (Inspra<sup>md</sup>) chez les usagers de la clinique d'insuffisance cardiaque

## 2. PROTOCOLES

- PRO-001 : Protocole d'administration d'une médication préventive chez l'utilisateur ayant déjà présenté une réaction de type allergique à l'iode
- PRO-003 : Protocole d'administration d'une médication préventive chez l'utilisateur ayant déjà présenté une réaction de type allergique à l'iode
- PRO-065-A : Protocole d'héparine I.V. en cardiologie
- PRO-065-B : Protocole d'héparine I.V. standard (pour une indication autre que celle de la cardiologie)
- PRO-065-C : Protocole d'héparine I.V. associée à une thrombolyse
- PRO-066 : Protocole pour les usagers diabétiques de type 2 devant subir une procédure d'hémodynamie ou d'électrophysiologie
- PRO-118 : Protocole test de déshydratation
- Protocole d'hypothermie thérapeutique post arrêt cardiorespiratoire et Guide d'ordonnance de la sédation et de la curarisation (Feuille d'ordonnance de l'unité coronarienne)
- PRO-XX : Protocole d'utilisation de l'argatroban dans la thrombocytopénie secondaire à l'héparine

## 3. FEUILLES D'ORDONNANCE

- Ordonnance de thromboprophylaxie chez les usagers médicaux
- Ordonnance individuelle standardisée lors d'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) à l'Urgence

## 4. ADDITION À LA LISTE DES MÉDICAMENTS

- **Aprépitant (Emend<sup>md</sup>)** : Il s'agit d'un antagoniste sélectif pour les récepteurs de la substance P/NK-1 indiqué pour la prévention des nausées et vomissements aigus et retardés induits par la chimiothérapie en association avec un antiémétique de la classe des antagonistes des

récepteurs de la 5-HT<sub>3</sub> et avec la dexaméthasone. L'aprépitant a été accepté au formulaire pour les usagers recevant une thérapie hautement émétisante à base de cisplatine. Les pharmaciens de la clinique d'oncologie feront une collecte de données afin de documenter son utilisation et une surveillance des interactions médicamenteuses sera faite afin d'évaluer l'impact sur la clientèle de la clinique.

- **Insuline Glulisine (Apidra<sup>md</sup>)** : Il s'agit d'un analogue recombiné de l'insuline humaine à action rapide et est indiqué dans le traitement des adultes atteints de diabète de type 1 ou 2 devant prendre de l'insuline. Elle agit plus rapidement et a une durée d'action plus courte que l'insuline humaine régulière. L'insuline glulisine a été acceptée au formulaire hospitalier.
- **Éplérénone (Inspra<sup>md</sup>)** : L'éplérénone est un antagoniste de l'aldostérone indiqué comme adjuvant au traitement classique pour réduire le risque de mortalité après un infarctus du myocarde chez les usagers dont l'état clinique est stable et qui présentent des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche. L'éplérénone a été accepté au formulaire hospitalier pour son indication reconnue uniquement.
- **Olmésartan (Olmotec<sup>md</sup>)** : L'olmésartan est un antagoniste des récepteurs AT<sub>1</sub> de l'angiotensine. Il est indiqué dans le traitement de l'hypertension essentielle légère à modérée. L'olmésartan a été accepté au formulaire hospitalier.
- **Dronédarone (Multaq<sup>md</sup>)** : Il s'agit d'un anti-arythmique de la classe III qui possède les mêmes propriétés électrophysiologiques que l'amiodarone. Cependant, il se distingue de l'amiodarone par l'absence de molécules d'iode, ce qui explique l'absence de dysfonction thyroïdienne et la diminution de sa lipophilicité et de sa demi-vie. La dronédarone possède un profil d'effets indésirables avantageux comparativement à l'amiodarone, cependant elle doit être utilisée avec prudence chez les usagers avec dysfonction cardiaque modérée de classe II et III et chez les usagers pouvant présenter certaines interactions avec des médicaments qui altèrent les CYP3A4 et CYP 2D6. La dronédarone est considérée pour l'instant comme un médicament d'exception à la RAMQ. La dronédarone a été acceptée au formulaire hospitalier.
- **Ceftobiprole (Zeftera<sup>md</sup>)** : Le ceftobiprole avait déjà fait l'objet d'un refus en 2008-09 par le comité de pharmacologie. C'est une céphalosporine possédant une large couverture antibactérienne sur les bactéries Gram-positif, Gram-négatif et anaérobies. Par contre, la couverture du *Pseudomonas aeruginosa* est intermédiaire. Il est indiqué pour les infections compliquées de la peau, les cellulites et les pieds diabétiques. Le ceftobiprole a été accepté au formulaire hospitalier pour les infections cutanées compliquées à SARM et SARM résistant en janvier 2010. En avril 2010, la compagnie a décidé de retirer le produit du marché, il n'est donc plus disponible à l'IUCPQ.
- **Clarithromycine (Biaxin XL<sup>md</sup>)** : Ce produit avait déjà fait l'objet d'un refus en 2008 par le comité de pharmacologie. De nouvelles données sur ses indications ainsi qu'un coût plus avantageux motivent un changement de statut. Le Biaxin XL<sup>md</sup> est ainsi accepté au formulaire hospitalier.
- **Tadalafil (Adcirca<sup>md</sup>)** : Il s'agit d'un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 spécifique du GMP-cyclique.



Il est indiqué pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire idiopathique ou associée à une connectivite, une cardiopathie congénitale ou l'utilisation d'anorexigènes pour les patients de classe fonctionnelle II ou III qui ne répondent pas au traitement classique. Il présente certains avantages soit une prise unique quotidienne et un coût légèrement moins élevé que le sildénafil. Il n'est cependant pas remboursé sur la liste régulière par la RAMQ, mais comme médicament d'exception. Le tadalafil a été accepté au formulaire hospitalier.

### CONCLUSION

Le comité de pharmacologie est très actif dans notre milieu au niveau de la sélection et de l'utilisation des médicaments. L'année 2009-2010 a permis la continuité des activités réalisées lors des années précédentes. Plusieurs protocoles et ordonnances collectives ont été révisés et acheminés au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens pour approbation finale. Il faut aussi souligner la contribution soutenue des membres du comité ainsi que de plusieurs pharmaciens qui ont présenté de nombreux dossiers aux différentes réunions. L'année 2010 sera marquée par la continuité de nos activités.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Johanne Morin, pharmacienne  
Chef du Département de pharmacie  
Secrétaire du comité

## CONSEIL DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS (CII)

Le Conseil des infirmières et infirmiers (CII) est constitué de l'ensemble des infirmières et infirmiers-cadres et syndiqués, soit 1175 membres. Les membres du comité exécutif du CII pour l'année 2009-2010 sont :

### MEMBRES ÉLUS :

- Madame Isabelle Perreault, conseillère clinicienne en soins infirmiers, présidente
- Madame Véronique Lachance, infirmière clinicienne, vice-présidente
- Madame Geneviève Gagnon, infirmière clinicienne au Centre de soins de jour, secrétaire
- Madame Michelle Martineau, assistante infirmière-chef aux Cliniques spécialisées de pneumologie, agente de communication
- Monsieur Maxime Morency, infirmier clinicien au Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile, agent de communication

### REPRÉSENTANTE DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES :

- Madame Renée Réhaume, infirmière auxiliaire au 3<sup>e</sup> Pavillon Notre-Dame

### MEMBRES D'OFFICE :

- Madame Isabel Roussin-Collin, directrice des soins infirmiers intérimaire jusqu'en janvier 2010
- Madame Diane Benoît, directrice des soins infirmiers
- Monsieur André Ducharme, directeur général intérimaire jusqu'en août 2009
- D<sup>r</sup> Carl Taillon, directeur général

#### MEMBRE INVITÉ :

- Madame Danielle Rodrigue, adjointe à la directrice des soins infirmiers secteur clinique, enseignement et recherche en soins infirmiers, Direction des soins infirmiers, désignée membre au CA par le CII.

#### FAITS SAILLANTS DES TRAVAUX DU CII

Le comité exécutif du CII a tenu dix réunions régulières et sept séances de travail ont eu lieu au cours de l'année 2009-2010 en plus de l'assemblée générale annuelle tenue le 29 avril 2009. Les résultats des objectifs annuels du CECII pour l'année 2009-2010 sont :

#### I. COLLABORER À LA RÉALISATION DES TRAVAUX DE LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS DANS LE CADRE DE L'APPROCHE PAR PROGRAMMES

Les membres du CECII ont été formellement consultés quant au Plan d'organisation de l'Institut, à la vision du rôle de la Direction des soins infirmiers et à l'offre de service de cette dernière au sein de la nouvelle approche de gestion par programmes. De plus, la présidente du CECII et la directrice des soins infirmiers ont invité l'ensemble des infirmiers, infirmières et cadres infirmiers de l'établissement à venir échanger sur les orientations de la Direction des soins infirmiers ainsi que sur la visite d'inspection professionnelle prévue pour 2010, par le biais de huit repas-causeries.

#### 2. FORMULER DES RECOMMANDATIONS SUR LA DISTRIBUTION DES SOINS DISPENSÉS PAR LES INFIRMIÈRES

Le CECII a traité de façon statutaire l'implantation du mode de distribution de soins et du plan thérapeutique infirmier afin d'en suivre les développements. Le CECII a d'ailleurs été consulté quant à la création d'exemples de directives infirmières reliées à des problèmes généraux

fréquemment rencontrés ainsi qu'au sujet des lignes directrices et principes de base guidant le partage des activités de soins infirmiers au sein des équipes de l'Institut.

#### 3. POURSUIVRE LES TRAVAUX SUR LA RÉFORME DE LA RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE

Tout comme l'an dernier, des membres du CII continuent de participer aux travaux reliés à la réglementation professionnelle pour les activités de soins à partager entre inhalothérapeutes et infirmières dans les secteurs de soins critiques. De plus, cette année, une modification de la liste des activités autorisées aux infirmières auxiliaires a été effectuée afin de leur permettre de participer à la thérapie intraveineuse des usagers, telle que le prévoit le « Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière et un infirmier auxiliaire » paru en 2008. À cet effet, 29 infirmières auxiliaires ont reçu la formation préparée par l'OIIAQ et dispensé par Julie Bisson, conseillère clinique.

#### 4. RECEVOIR ET TRAITER TOUTES LES DEMANDES EN LIEN AVEC LA QUALITÉ DES SOINS

Les règles de soins infirmiers (RSI) suivantes ont été approuvées par le CECII en 2009-2010 :

- RSI-003 Mise en arrêt des thérapies ventriculaires du défibrillateur cardiaque en période préopératoire
- RSI-001 Vaccination contre l'influenza saisonnière (révision)

Ces RSI ont ensuite été diffusées au sein des unités de soins et services par la DSI. De plus, le CECII a donné son avis sur sept ordonnances collectives et quatre protocoles médicaux avant au cours de la même année :

- **ORDONNANCES COLLECTIVES**

- 130 Allergie à l'iode
- 115 Procédure d'angioradiologie
- 131 Prélèvement pour clientèle de chirurgie bariatrique
- 132 Prélèvements biomédicaux pour les usagers du SRSRSD
- 134 Examens préliminaires pré-chimiothérapie
- 135 Demande d'une radiographie pulmonaire en oncologie
- 136 Initier un examen préliminaire à une tomodensitométrie

- **PROTOCOLES MÉDICAUX**

- 118 Test de déshydratation
- 65A Ajustement de l'héparine
- 148 Hypothermie thérapeutique
- Utilisation de l'argatroban

Tous ces protocoles et ordonnances collectives ont ultérieurement été soumis au CMDP, où ils furent adoptés. Leur diffusion s'est ensuite faite avec l'aide du secteur clinique de la DSI et du Service des communications et des relations publiques de l'Institut.

## **5. POURSUIVRE LES DÎNERS CLINIQUES SUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE**

Cinq dîners cliniques ont eu lieu. L'intérêt, la satisfaction et la participation des membres se sont maintenus. Les thèmes suivants ont été abordés :

- Développement d'un programme d'enseignement aux usagers;
- Interventions motivationnelles pour la clientèle insuffisante cardiaque;
- La fibrose kystique et l'interdisciplinarité;
- Le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile : collaboration entre infirmière et inhalothérapeute.

Afin de rejoindre les infirmières de certains secteurs de soins critiques, le CECII a offert deux dîners cliniques à 11 h 30 et 12 h 30 cette année. Suite aux commentaires des membres du CII, les dîners cliniques suivants ont repris aux heures habituelles. Une publicité pour chacun des dîners cliniques a été envoyée à la Faculté des Sciences infirmières. Nous avons dénombré environ 25 à 40 participants par rencontre.

## **6. ORGANISER LES ACTIVITÉS DE LA SEMAINE INFIRMIÈRE**

Parmi les activités de la semaine de l'infirmière qui ont retenu l'attention figure la tenue de kiosques ainsi que de deux stations de massages à la disposition des infirmières. Le 12 mai 2009, le CII a également organisé un cocktail reconnaissance au cours duquel le prix reconnaissance Louise-Jobin a été remis à madame Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers. Une œuvre de l'artiste peintre Raymonde Vézina a été remise à la récipiendaire. M<sup>me</sup> Hélène Gagné, récipiendaire du Prix Louise-Jobin pour l'année précédente, a divertit l'assistance avec la lecture d'un conte composé pour l'occasion. De plus, le comité relève s'est joint à cette soirée afin d'honorer deux infirmières par la remise de prix soit, à une infirmière de la relève, madame Élisabeth Robert, et un prix Mentor à madame Ginette Mercier.

## **7. SOUTENIR ET COLLABORER AU BON FONCTIONNEMENT DU COMITÉ DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES**

Madame Renée Rhéaume a participé à quelques rencontres du CECII à titre de représentante du CIIA. De plus, M<sup>me</sup> Rhéaume et M<sup>me</sup> Roussin-Collin ont travaillé à la rédaction du mandat du CIIA.

## **AUTRES ACTIVITÉS DU CII**

L'Institut fera l'objet d'une visite d'inspection professionnelle par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en 2010. Les membres du CECII ont participé activement au développement des outils de mobilisation et d'information

destiné à l'ensemble des infirmières de l'IUCPQ en lien avec cette inspection (plan d'action, présentation PowerPoint, convocations, plan de communication). De plus, le CECII a soumis la candidature de différentes infirmières de l'établissement pour les prix d'excellence offerts par l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec. Il est également à noter que près de 30 représentants du CII siègent sur différents comités de l'établissement. La présidente du CECII participe aux réunions du comité consultatif à la Direction générale (CCDG), du comité de coordination de la DSI (CCDSI), du comité de gestion des risques et elle siège à titre de représentante du CECII de l'IUCPQ à la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale. Enfin, une présentation du rôle et des mandats du CII est effectuée à l'embauche auprès de chaque nouvelle cohorte d'infirmières et infirmières auxiliaires par la présidente du CECII, dans le cadre du programme d'orientation.

#### AVIS DÉPOSÉS AU COMITÉ DE DIRECTION

Pour l'année 2009-2010, le CECII a donné son avis sur les dossiers suivants :

- Directive relative à l'utilisation des signes vitaux;
- Algorithme et outils cliniques de prise en charge des usagers souffrant d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST;
- Politique DG-034 relative à la double identification des usagers;
- Procédures reliées à l'utilisation des chariots de distribution des médicaments et des cabinets automatisés;
- Procédure relative à la distribution des antiviraux;
- Plan d'organisation de l'IUCPQ;
- Procédure relative à la location d'un appareil V.A.C.

Les avis étaient émis aux porteurs de chacun des dossiers. Ces derniers les ont ensuite fait cheminer dans l'organisation pour être adoptés finalement par le Comité de direction.

En conclusion, 2009-2010 aura été une année marquée par le changement et la transformation pour les membres du CII. Les membres du CECII ont fait preuve d'une capacité d'adaptation et d'une créativité exemplaires, permettant de faire face aux différents défis apportés par une nouvelle structure organisationnelle. Le CII de l'Institut compte demeurer disponible et impliqué auprès de ses membres afin de collaborer à une prestation de soins infirmiers de qualité et à un développement optimal de la pratique infirmière.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Isabelle Perreault  
Présidente du Conseil des infirmières et infirmiers

ADOPTÉ PAR LE CECII LE 12 AVRIL 2010  
PRÉSENTÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE  
LE 21 AVRIL 2010

# CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM)

## À LA FIN DE LA PRÉSENTE ANNÉE, L'EXÉCUTIF DU CONSEIL MULTIDISCIPLINAIRE (CM) EST FORMÉ DES MEMBRES SUIVANTS :

- Sylvianne Picard, coordonnatrice clinique en physiothérapie, présidente
- Lina Guérard, nutritionniste en remplacement de Mélanie Maltais, nutritionniste, vice-présidente
- Johanne Turbide, assistante-chef technologue en angioradiologie, secrétaire
- Lina Tremblay, inhalothérapeute, responsable à l'information
- Serge Simard, biostatisticien, membre élu au conseil d'administration
- Dr Carl Taillon, directeur général
- Isabel Roussin-Collin, directrice à la coordination des programmes
- Membres cooptés pour la Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) :
- Annie Lafontaine, technologue médicale, représentante à la CMuR
- Anne St-Laurent, travailleuse sociale, membre invitée

## PRINCIPAUX AVIS DU CM

### DOCUMENTS ADOPTÉS SANS OU AVEC PROPOSITIONS MINEURES :

- Guide d'utilisation – plan d'intervention interdisciplinaire (PII) : suivi fait le 3 juin à la DSI;
- Code bleu et chariots de réanimation fréquente : suivi fait le 23 septembre à la DSI;
- Politique relative à la double identification des usagers : suivi fait le 15 octobre à la DG ;
- Ordonnances collectives (au Service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile et en thérapie respiratoire) : suivi fait le 17 février à la DSI et au Service de thérapie respiratoire.

## SUIVIS SPÉCIFIQUES

### PERSONNE EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PALV)

L'introduction des travailleuses sociales réseaux (TSR) au sein de notre établissement nécessite une réorganisation du travail au sein des équipes multidisciplinaires et interdisciplinaires étant donné le changement d'intervenant parfois nécessaire en cours d'évolution de dossier. Des discussions sont initiées avec la Direction générale afin d'amener des pistes de solutions. L'Agence de la Capitale-Nationale a prévu une rencontre avec les CM et les représentants à la CMuR au sujet de leur planification stratégique le 8 avril. Le projet PALV sera amené.

### RÉVISION DE L'ALGORITHME RELATIF À LA SÉQUENCE D'ÉLABORATION ET DE VALIDATION DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET DES PROTOCOLES MÉDICAUX

Statu quo. La Direction générale prévoit des rencontres de travail au cours de la prochaine année financière. Le CM désire être présent.

### REDEVANCES DES ÉTABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT POUR L'IMPLICATION DES SERVICES DANS LES STAGES CLINIQUES

Dans plusieurs secteurs, aucune redevance n'est retournée aux services et départements s'étant impliqués dans la mission d'enseignement de l'Institut. La problématique demeure présente malgré les représentations à cet égard en janvier 2009. La situation a été exprimée à la Direction générale.

## COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE (CMUR) À L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE

Des démarches avaient été débutées afin de voir si la CMuR pourrait être réactivée. L'Agence a convoqué une rencontre pour le mois d'avril afin d'obtenir l'opinion des différents CM de la région de Québec au sujet d'une possible reprise des activités. Nous assisterons à la réunion, car nous croyons à l'importance d'une tribune pour échanger entre professionnels des différents établissements même si cette instance n'a qu'une portée consultative.

## OFFRE DE SERVICE DE LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS

La vision de l'interdisciplinarité a particulièrement plu à l'équipe dans cette nouvelle offre de service pour favoriser l'arrimage avec la nouvelle structure de gestion par programmes. Nous avons exprimé notre soutien à cette vision lors de la présentation par la directrice des soins le 10 mars.

## FAIT SAILLANT DE L'ANNÉE LANCEMENT DU GUIDE CLINIQUE

Après plusieurs années de travail, nous avons lancé à l'automne 2009 un outil pour supporter le travail clinique quotidien de nos membres. Ce guide, comportant près de 100 pages et de format de poche, inclut des informations pertinentes aux domaines personnel et professionnel. Tous les professionnels membres du CM ont eu le bénéfice d'en recevoir une copie. Le conseil a profité de l'occasion pour échanger avec ses membres.

## COMITÉS DE PAIRS

- Suivi sur le parcours d'un tube de formule sanguine du patient à la sortie du rapport / hématologie;
- Instauration d'un système, de type moteur de recherche, permettant l'accès aux protocoles, ordonnances et formations / inhalothérapie;
- Création d'un cahier technique et des feuillets explicatifs et de préparation pour les examens TEP-CT / médecine nucléaire.

## FORMATIONS / PRÉSENTATIONS

- Colloque des CM (novembre 2009).

## PLAN D'ACTION 2010-2011

En lien avec les comités de pairs :

- supporter et assurer un suivi aux trois comités retenus pour l'année 2010-2011;
- planifier de nouvelles équipes pour l'année financière 2011-2012.

En lien avec la multidisciplinarité et l'interdisciplinarité :

- terminer le projet de calendrier 2011;
- organiser une expérience d'interdisciplinarité en période de stage.

En lien avec l'organisation du Conseil :

- revoir le fonctionnement de notre comité.

En lien avec le guide clinique :

- poursuivre la promotion de notre guide comme outil d'accueil pour les nouveaux membres;
- faire le suivi de l'utilisation et de la satisfaction des membres face au guide.

Report des objectifs non complétés de la dernière année :

- reprendre les rencontres avec les agents de liaison et les communiqués « CM en bref ».

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Sylvianne Picard, pht  
Présidente du conseil multidisciplinaire

# COMITÉ DES USAGERS (CU)

## INTRODUCTION

Au cours de l'année 2009-2010, le comité des usagers a tenu six réunions formelles ainsi que de nombreuses rencontres individuelles et collectives avec des usagers de l'établissement. Le comité privilégie toujours ce mode de fonctionnement dans l'appréciation du degré de satisfaction des usagers, ce qu'il considère comme un complément aux études de satisfaction de la clientèle menées par l'établissement. Le lecteur trouvera dans les pages qui suivent le rapport annuel du comité des usagers pour l'exercice 2009-2010, y compris les mentions qui doivent dorénavant être faites au rapport annuel de l'établissement. Les sections visées sont identifiées à l'aide d'un astérisque.

## FAITS SAILLANTS\*

Si on voulait mettre en lumière certains faits saillants reliés au travail du comité des usagers, on retiendrait les éléments suivants :

- la tenue à l'Institut d'une journée du comité des usagers;
- la très grande participation des membres aux réunions du comité et aux activités-rencontres avec les usagers;
- l'ouverture de la direction aux suggestions et aux demandes du comité;
- le temps et les énergies consacrés par le comité pour comprendre et se familiariser avec les soins de fin de vie.

## FORMATION

Les membres du comité ont assisté à plusieurs sessions de formation données entre autres par le Conseil pour la protection des malades, l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et la Fédération des comités des usagers. Les membres profitent de ces occasions de formation pour discuter avec des membres d'autres comités d'usagers dans le but de comparer les façons de procéder. Le comité trouve très intéressant le travail du Forum des citoyens, très présent au niveau du travail des comités des usagers et il regrette que des restrictions financières remettent en cause tout le travail de cette organisation.

## ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS

L'un des objectifs majeurs du Comité des usagers concerne l'évaluation de la satisfaction des usagers. À ce niveau, le comité privilégie les rencontres personnelles avec les

usagers ou avec leurs proches lors des visites. Lors de certaines occasions spéciales, comme la période des Fêtes, la fête des Mères ou la fête des Pères, des cartes de souhaits sont distribuées par les membres du comité. Le comité utilise également des boîtes à commentaires dont le contenu fait l'objet d'un suivi systématique lors des réunions du comité. La direction de l'Institut, qui est toujours présente aux réunions, effectue les suivis lorsque nécessaire. Le comité est très satisfait des suites données par la direction.

## INTERVENTIONS DU COMITÉ\*

Le comité privilégie les rencontres individuelles avec les usagers et les commentaires écrits reçus de ces derniers. Les remarques verbales ou écrites font l'objet d'un rapport lors de chacune des réunions du comité. La direction de l'établissement assiste à ces rapports, discute de la situation et lorsque requis, apporte les suivis de façon très satisfaisante. Le comité a décidé récemment de mettre en place une liste de ces cas aux fins de statistiques et de consultations.

## SUITES APPORTÉES OU ENVISAGÉES PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION\*

Les cas analysés par le comité et sur lesquels la direction apporte des suivis n'ont pas à être soumis de façon spécifique au conseil d'administration. Aucun cas analysé par le comité en 2009-2010 n'a été soumis à l'attention du conseil d'administration.

## JOURNÉE DU COMITÉ DES USAGERS

Dans le but de faire reconnaître davantage son rôle et son travail, le comité des usagers a organisé le 28 octobre dernier la « Journée du comité des usagers ». Plus de neuf cents dépliants d'information ont été remis aux usagers ainsi qu'aux visiteurs de l'établissement et une centaine d'entrevues portant sur la satisfaction de la clientèle ont été effectuées par les membres du comité qui ont tous participé à cette journée spéciale tenue de neuf heures à dix-sept heures. Fier de ce succès, le comité a décidé d'en faire une activité annuelle qui s'inscrit très bien dans son rôle d'informer les usagers.

## SOUS-COMITÉS

Les règles de fonctionnement du comité des usagers prévoient la création de sous-comités selon les axes d'excellence de l'établissement. Le sous-comité des usagers du Pavillon de prévention des maladies cardiaques (PPMC),

très dynamique, agit avec des groupes de travail tels administration et finance, communication et relation avec les usagers, activités sociales. Ce sous-comité a orienté ses priorités directement sur l'évaluation du degré de satisfaction à l'égard de la qualité des services. Il participe activement au développement du PPMC par l'intermédiaire du Fonds PPMC à l'intérieur de la fondation de l'établissement.

### **PARTICIPATION À DIFFÉRENTS COMITÉS**

Les membres du comité des usagers participent à de nombreux comités mis en place dans l'établissement, comme le comité de gestion des risques, le comité des menus et le comité d'éthique clinique. Ils participent également à diverses activités de consultation.

### **TRAITEMENT DES PLAINTES**

Le comité des usagers a également pour mandat d'aider les usagers dans la préparation des plaintes. La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services a rencontré le comité au cours de l'année dans le but de faire rapport sur ses activités. Le comité peut aider les usagers à formuler leur plainte au commissaire. Cependant, compte tenu du faible nombre de cas où le comité a assisté des usagers, aucun processus formel de suivi n'a été mis en place jusqu'à maintenant.

### **FINANCES**

Sur le plan financier, le comité des usagers dispose d'un budget annuel de l'ordre de 70 000 \$. Ce budget est réparti par fonction, dont la formation des membres, l'évaluation de la satisfaction des usagers, l'assemblée générale, etc. Pour l'année 2009-2010, le total des dépenses se chiffre à 18 865 \$. Les sommes non utilisées durant une année sont reportables aux années suivantes.

### **COMPOSITION DU COMITÉ**

Depuis le dernier rapport, deux membres ont quitté le comité des usagers. Monsieur Michel Côté a décidé de ne pas solliciter un nouveau mandat lors de l'assemblée des usagers et madame Ginette Demers a choisi de réorienter son action bénévole. À ces deux personnes, nous disons merci au nom des usagers de l'Institut, particulièrement à monsieur Côté qui a été très actif au niveau du PPMC pendant de nombreuses années. D'autre part, deux nouveaux membres se sont joints, lors des élections annuelles ou par cooptation durant l'année, soit monsieur Marius Plante et madame Elizabeth Murphy.

### **ÉVALUATION DU COMITÉ**

Comme à chaque année, le comité a fait un exercice d'évaluation de son travail et de la participation de ses membres.

Ce travail se fait à l'aide d'un questionnaire-sondage et de rencontres individuelles des membres avec le président. Les membres ont encore une fois exprimé leur satisfaction de la façon dont le comité fonctionne et le taux de présence de 87 % aux réunions du comité ainsi que la participation de tous les membres aux travaux en dehors des réunions est un témoignage de leur dévouement et de leur satisfaction.

### **QUELQUES STATISTIQUES**

Au cours de l'année, le comité des usagers a tenu six réunions comparativement à cinq l'année précédente. Le comité a organisé quatre visites collectives des usagers, comparativement au même nombre l'an dernier. Au cours de ces visites, près de huit cents usagers ont été rencontrés et ont pu faire part de leur degré de satisfaction aux membres du comité. Lors de la journée des usagers, près de neuf cents dépliants sur le rôle du comité ont été distribués aux usagers et à leurs visiteurs. Le comité des usagers participe à plusieurs conseils et comités de l'Institut, dont le conseil d'administration, le comité d'éthique clinique, le comité sur la gestion des risques et d'autres comités moins formels comme le comité sur l'alimentation. Le comité est membre du Regroupement provincial des comités d'usagers et de l'Association québécoise de gérontologie et du Conseil pour la protection des malades. Tout au long de l'année, les membres du comité participent à des colloques et à des activités de formation donnés par des organismes crédibles, principalement dans la région de Québec.

### **MODIFICATIONS AUX RÈGLES DE FONCTIONNEMENT**

Le comité n'a effectué aucun changement à ses règles de fonctionnement au cours de la dernière année.

### **CONCLUSION**

En terminant ce rapport, il y a lieu de souligner la participation des membres du comité, tant pour leur présence aux réunions que pour le travail respectif que chacun a accepté de faire, particulièrement pour les rencontres d'évaluation avec les usagers, de même que la collaboration et le support de la direction pour tout ce qui regarde le comité des usagers. Cela s'applique autant au support matériel qu'à l'esprit de coopération toujours présent.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Georges Smith  
Président du comité des usagers



# COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le comité de vigilance et de la qualité assure auprès du conseil d'administration (CA), « le suivi des recommandations du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées ». De plus, le comité de vigilance et de la qualité est « responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement pour exercer des responsabilités » en matière de qualité.

Durant l'année, le comité s'est réuni à deux reprises. Ces réunions ont porté sur :

## **LE SUIVI DES PROGRÈS RÉALISÉS DES TROIS RECOMMANDATIONS RETENUES PAR LE COMITÉ DE VIGILANCE EN 2008/2009**

1. Systématiser la réévaluation des usagers en attente au Service d'urgence;
2. Clarifier l'utilisation des ordonnances collectives reliées à la clientèle desservie dans nos services ambulatoires;
3. Déployer le bilan comparatif des médicaments (BCM) à l'admission des usagers.

## **LE SUIVI DU TRAITEMENT DES PLAINTES PAR LA COMMISSAIRE LOCALE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES ET LE MÉDECIN EXAMINATEUR**

Le comité a reçu et analysé le tableau synthèse des dossiers ouverts et le tableau des recommandations, déposés à chaque réunion par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

## **LE SUIVI DES ACTIVITÉS RELIÉES À LA QUALITÉ ET À LA GESTION DES RISQUES PAR LA COORDONNATRICE À LA QUALITÉ ET À LA GESTION DES RISQUES**

Le comité a reçu et analysé le tableau de suivi des événements sentinelles, le rapport trimestriel sur la gestion des risques, et l'état de situation de la démarche d'agrément et du plan de suivi.

## **LE SUIVI DE L'IMPLANTATION DE LA GESTION PAR PROGRAMME ET DE LA COGESTION, PAR LA DIRECTRICE GÉNÉRALE AUX AFFAIRES CLINIQUES (DGAAC)**

Le comité a reçu les communiqués mensuels préparés par la DGAAC à l'intention de tous les intervenants de l'établissement, afin de les informer de tous les développements au regard de cette nouvelle approche de gestion, et à chaque réunion du comité, elle les a commentés.

# RAPPORT DU COMITÉ DE RÉVISION DES PLAINTES

Le comité de révision des plaintes est composé de trois membres, soit madame Marie-France La Haye, Dr Gilles R. Dagenais et Dr Francis Laberge. Le comité de révision a pour mandat de réviser le traitement accordé, par le médecin examinateur, à l'examen de la plainte d'un usager. À cette fin, le comité prend connaissance de l'ensemble du dossier de plainte de l'usager, s'assure que l'examen de la plainte a été effectué de façon appropriée, diligemment et avec équité et que les motifs des conclusions du médecin examinateur, le cas échéant, se fondent sur le respect des droits et des normes professionnelles. Au cours du dernier exercice, le comité a reçu trois demandes d'examen. Il a procédé à l'examen des plaintes et consulté toute la documentation disponible. Ensuite, les membres du comité ont tenu trois rencontres formelles afin d'étayer leur analyse et trois autres rencontres avec les plaignants et leurs accompagnateurs.

Dans les trois situations de plainte, le comité de révision a confirmé la conclusion du médecin examinateur à l'effet que les médecins qui ont prodigué les soins à l'usager concerné pendant ses séjours et visites à l'IUCPQ, n'ont pas erré dans leur jugement. Ils se sont acquittés de leurs responsabilités avec compétence et diligence.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Marie-France La Haye  
Présidente du comité de révision

# PROCÉDURE D'EXAMEN DES PLAINTES

La commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services est responsable envers le conseil d'administration du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leur plainte. À cette fin, elle applique la procédure d'examen des plaintes définie au règlement 32 du conseil d'administration. Le rapport annuel sur la procédure d'examen des plaintes des usagers est prescrit à l'article 76.11 de la Loi. Il présente le bilan des activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, le rapport du médecin examinateur, et celui du comité de révision. Il est disponible sur le site internet de l'IUCPQ.

## VUE D'ENSEMBLE DES DEMANDES REÇUES

STATUT	REÇUES EN 2007-2008	REÇUES EN 2008-2009	REÇUES EN 2009-2010	VARIATION
ASSISTANCES INTERVENTIONS CONSULTATIONS	38	65	61	4 ↓ = 6 %
PLAINTES	64	65	73	8 ↑ = 12 %
TOTAL	102	130	134	4 ↑ = 3 %

L'ensemble des demandes reçues durant l'année 2009-2010 a augmenté de 3 % par rapport à l'année précédente soit une hausse de 12 % des plaintes et de 6 % des demandes d'assistance, de consultation et d'intervention.

## BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTES

	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT AU DÉBUT DE L'EXERCICE	PLAINTES REÇUES DURANT L'EXERCICE	TOTAL	PLAINTES CONCLUES DURANT L'EXERCICE	PLAINTES EN VOIE DE TRAITEMENT À LA FIN DE L'EXERCICE
COMMISSAIRE LOCALE	9	48	57	56	1
MÉDECIN EXAMINATEUR	3	25	28	26	2
TOTAL	12	73	85	82	3

Des 73 plaintes reçues, 25 ont été transférées pour traitement au médecin examinateur; 48 ont été traitées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Parmi toutes les plaintes examinées, 82 ont été conclues en cours d'année, trois demeurent en traitement au 31 mars 2010.

## OBJETS DE PLAINTES

CATÉGORIE D'OBJETS	COMMISSAIRE LOCALE		MÉDECIN EXAMINATEUR	
	Nombre	%	Nombre	%
SOINS ET SERVICES	22	39 %	13	48 %
RELATIONS INTERPERSONNELLES	14	24 %	11	41 %
ACCESSIBILITÉ	14	24 %	3	11 %
ORGANISATION DU MILIEU	5	9 %	-	-
DROITS PARTICULIERS	2	3 %	-	-
ASPECT FINANCIER	1	2 %	-	-
AUTRES	-	-	-	-
TOTAL	*58	100 %	*27	100 %

\* Une plainte peut comporter plusieurs objets de plainte.

Les trois principaux motifs de plaintes traitées par la commissaire locale sont par ordre d'importance :

1. les soins et services, parmi lesquels on retrouve des plaintes relatives à l'approche thérapeutique, à l'évaluation, et au jugement professionnel;
2. les relations interpersonnelles qui regroupent le respect de la personne, la communication avec l'entourage, le savoir-être et l'empathie;
3. l'accessibilité qui concerne les délais, notamment la prise en charge médicale à l'urgence mineure, l'annulation et le report de chirurgie, et la prise d'un rendez-vous médical.

Les motifs de plainte traités par le médecin examinateur concernent particulièrement :

1. les relations interpersonnelles en particulier le respect de la personne;
2. les soins et services, en particulier l'évaluation et le jugement professionnel;
3. l'accessibilité et plus spécifiquement les délais relatifs à un transport inter-établissement et à un transfert en hébergement.

## MESURES CORRECTIVES

Des mesures correctives ont été émises dans 46 % des plaintes. Sur les 29 mesures correctives émises par la commissaire locale, neuf concernaient les soins et services dispensés parmi lesquelles des demandes d'amélioration concernant des habiletés techniques et professionnelles, et l'approche thérapeutique. Dix de ces mesures concernaient les relations interpersonnelles. La commissaire locale a émis des mesures pour améliorer les communications avec l'usager et la famille, l'écoute, l'empathie et les attitudes. Les autres mesures concernaient l'adaptation des lieux physiques.

À l'issue du traitement des plaintes par le médecin examinateur, dix mesures ont été prises dont six concernaient les soins et traitements dispensés, trois concernaient les relations interpersonnelles au regard des attitudes, des commentaires et du manque d'empathie, et une concernait l'accessibilité à des services médicaux.

## RECOMMANDATIONS

Toutes les recommandations émises dans les années précédentes ont été mises en œuvre à l'exception de la recommandation concernant l'amélioration de la signalisation qui sera actualisée en cours d'année. Deux nouvelles recommandations ont été émises cette année :

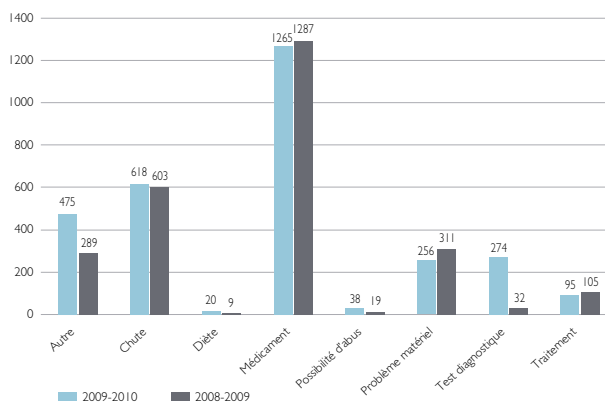
- mettre en garde les médecins que s'ils demandent un examen de quelque nature que ce soit, ils doivent s'informer du résultat et s'assurer que le patient en soit informé;
- revoir l'obligation de l'établissement lors des demandes d'autopsie, et ajuster les protocoles et la formation des employés en conséquence.

## COMITÉ DE GESTION DES RISQUES

Le comité de gestion des risques a notamment pour mandat d'assurer au conseil d'administration que l'établissement remplit ses obligations en ce qui a trait à la sécurité (...) et que des mécanismes sont en place pour diminuer les risques d'accident causant des dommages et pour protéger les ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.

Le comité a tenu trois rencontres au cours desquelles il a pris connaissance des faits saillants et statistiques de ses comités partenaires, suivi les tendances des déclarations d'incident ou d'accident et étudié 13 événements sentinelles, événements qui ont eu ou auraient pu avoir des conséquences graves ou dont le caractère répétitif, même sans conséquence grave, exige une analyse approfondie.

**TABLEAU REPRÉSENTANT LE REGROUPEMENT DES DÉCLARATIONS PAR CATÉGORIES D'ÉVÈNEMENT**



Les trois principales catégories d'événements déclarés sont, par ordre décroissant d'importance, les déclarations d'erreurs liées à l'administration des médicaments, représentant 41,6 % des déclarations, suivies des chutes, constituant 20,3 % des déclarations et des événements regroupés dans la catégorie *Autre*, incluant notamment les événements liés à l'usager tels que *fugue*, *situation à risque* et les événements liés à la sécurité, *bris de confidentialité*, *erreur liée au dossier*, représentant 15,6 % de l'ensemble.

Le comité s'est assuré de l'actualisation de plusieurs mesures correctives, telles que révision de procédures, rappels sur les méthodes de soins, consignation écrite d'ordonnances verbales, etc. et a formulé trois recommandations à même de renforcer certaines pratiques en matière de sécurité. Le comité a recommandé le déploiement du *bilan comparatif des médicaments à l'admission* et le déploiement de la *stratégie de prévention des chutes* partout dans l'organisation, deux pratiques organisationnelles requises par Agrément Canada, afin de diminuer les erreurs liées à l'administration des médicaments et de prévenir les chutes. Le

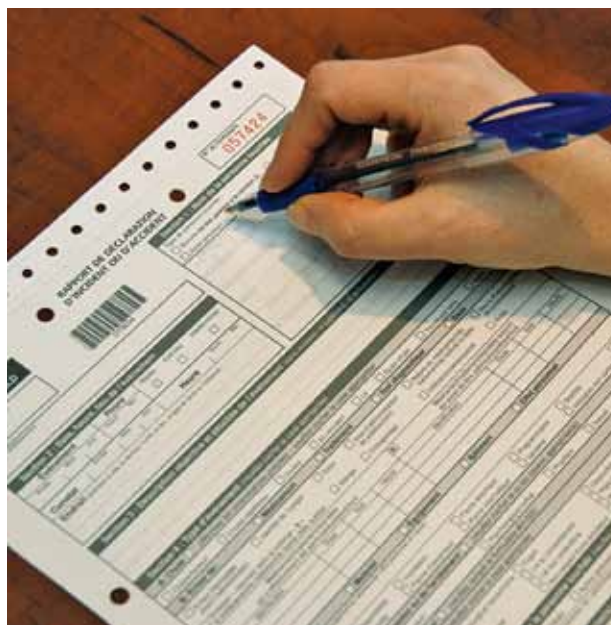
comité a également recommandé l'implantation et le suivi des recommandations de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail dans le secteur de la santé et des services sociaux (ASSTSAS) relative à la manipulation de médicaments dangereux.

En suivi des correctifs demandés par Agrément Canada, le comité a approuvé la procédure sur la gestion des événements sentinelles et a reçu un premier rapport trimestriel sur les incidents et accidents, destinés au conseil d'administration, et donné son aval à l'élaboration d'un plan d'action organisationnel en matière de sécurité.

Bien à vous,

ORIGINAL LU ET SIGNÉ PAR :

Hélène Babineau  
Coordonnatrice de la qualité et de la gestion des risques  
Secrétaire du comité



# ASSOCIATION DES BÉNÉVOLES

## MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Présidente : Nicole Morin

Vice-présidente : Fernande Sénéchal

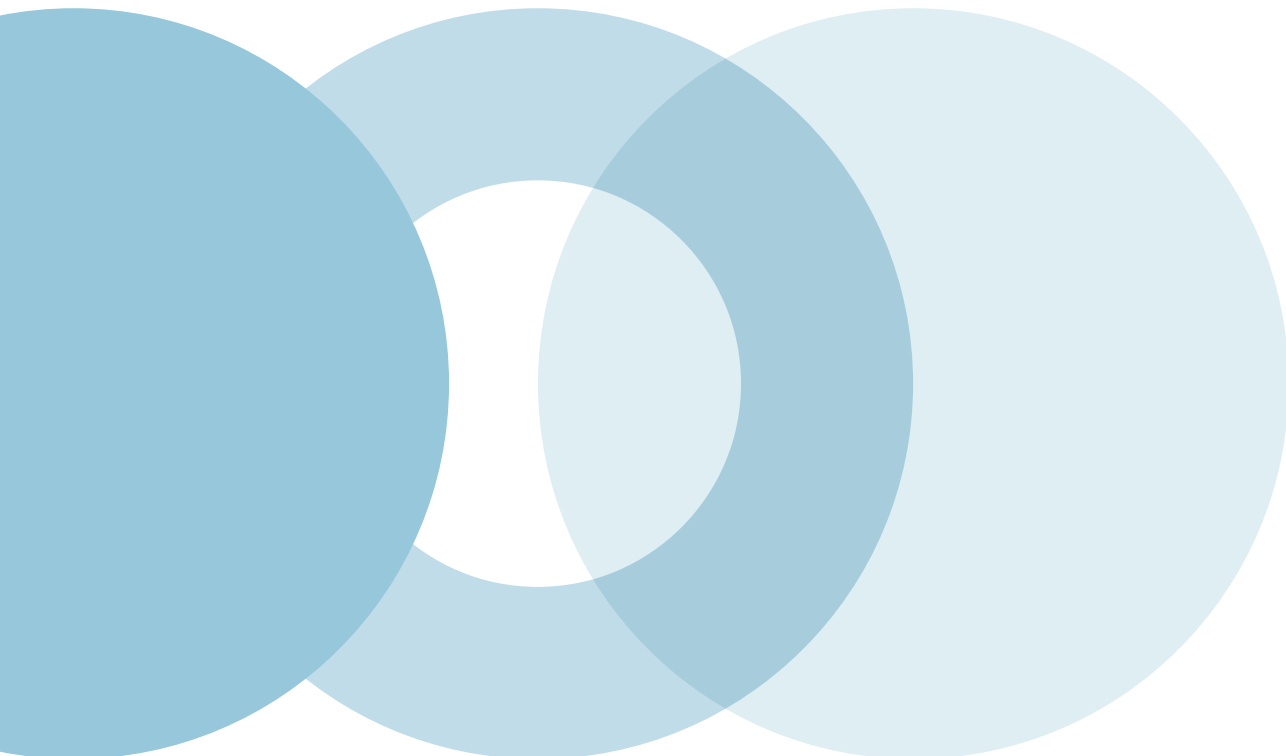
Secrétaire : Michel Boulay

Trésorière : Louise Falardeau

Conseiller(ère)s : Lise Bernier, Monique Carrier, Lisette  
Michaud, Jean-Guy Cloutier et Jean-Paul Gagné

Représentante du conseil d'administration de l'IUCPQ :  
Madame Martine Dubois\*

\* Invitée





# STATISTIQUES ANNUELLES

Volumes d'activités pour l'exercice terminé le 31 mars			
	2009-2010	2008-2009	VARIATION
<b>HOSPITALISATION</b>			
Nombre de lits - au permis	340	340	0,00 %
Nombre de lits - dressés	294	294	0,00 %
Admissions	13 919	14 302	-2,68 %
Départs	13 901	14 302	-2,80 %
Séjours moyens (jours)	6,9	6,6	4,55 %
Occupation des lits disponibles ( en %)	92,6	91,3	1,42 %
<b>BLOC OPÉRATOIRE</b>			
Total usagers	<b>3 650</b>	<b>3 507</b>	<b>4,08 %</b>
-chirurgie cardiaque	2 136	2 127	0,42 %
-chirurgie thoracique	633	612	3,43 %
-chirurgie générale	171	224	-23,66 %
-chirurgie bariatrique (obésité)	539	358	50,56 %
-autres spécialités	171	186	-8,06 %
Heures présence des usagers	13 924	13 723	1,46 %
<b>HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE</b>			
Total usagers	<b>3 650</b>	<b>3 507</b>	<b>4,08 %</b>
-hospitalisés	3 505	3 339	4,97 %
-en chirurgie d'un jour	145	168	-13,69 %
<b>HÉMODYNAMIE ET ÉLECTROPHYSIOLOGIE</b>			
Procédures	<b>11 861</b>	<b>11 772</b>	<b>0,76 %</b>
-coronarographies	3 594	3 589	0,14 %
-coronarographies pré-angioplasties	2 759	2 854	-3,33 %
-angioplasties	3 164	3 096	2,20 %
-études électrophysiologiques	273	295	-7,46 %
-ablations	813	675	20,44 %
-cardiostimulateurs & défibrillateurs	938	988	-5,06 %
-autres procédures	320	275	16,36 %
<b>CARDIOSTIMULATEURS ET DÉFIBRILLATEURS</b>			
Électrophysiologie et bloc opératoire	954	1 006	-5,17 %
<b>TRANSPLANTATIONS CARDIAQUES</b>			
Usagers greffés	23	20	15,00 %
<b>IMAGERIE MÉDICALE</b>			
Examens	103 310	106 900	-3,36 %
<b>INHALOTHÉRAPIE</b>			
Unités techniques provinciales	2 843 477	2 839 913	0,13 %
<b>LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE</b>			
Procédures	2 311 443	2 338 318	-1,15 %



	2009-2010	2008-2009	VARIATION
<b>MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>			
Examens	15 767	17 591	-10,37 %
<b>SOINS RESPIRATOIRES À DOMICILE</b>			
Usagers traités	1 608	1 581	1,71 %
<b>CONSULTATIONS EXTERNES</b>			
Visites	47 712	47 878	-0,35 %
<b>SERVICES EXTERNES EN PSYCHIATRIE</b>			
Usagers	888	834	6,47 %
<b>ENDOSCOPIE</b>			
Total examens	<b>10 279</b>	<b>10 167</b>	<b>1,10 %</b>
-endoscopie digestive	5 008	4 930	1,58 %
-endoscopie respiratoire	5 271	5 237	0,65 %
<b>DIALYSE RÉNALE</b>			
Total traitements	<b>1 089</b>	<b>1 420</b>	<b>-23,31 %</b>
-hémofiltration	295	170	73,53 %
-hémodialyse	794	1 250	-36,48 %
<b>HÉMATO-ONCOLOGIE</b>			
Visites	5 564	5 146	8,12 %
Traitements	2 864	2 670	7,27 %
<b>MÉDECINE DE JOUR</b>			
Jours-soins	38 353	33 964	12,92 %
Usagers	22 496	18 374	22,43 %
<b>RADIO-ONCOLOGIE</b>			
Unités techniques provinciales	17 196	19 198	-10,43 %
<b>PHYSIOTHÉRAPIE</b>			
Heures de prestation	19 823	17 388	14,00 %
<b>ERGOTHÉRAPIE</b>			
Heures de prestation	9 575	9 477	1,03 %
<b>ÉLECTROCARDIOGRAPHIE</b>			
Examens	114 624	114 798	-0,15 %
<b>URGENCE</b>			
Visites	26 760	28 042	-4,57 %
Usagers sur civières	11 215	11 867	-5,49 %
Usagers ayant séjournés plus de 24 heures	1 534	846	81,32 %
<b>POLYSOMNOGRAPHIE</b>			
Examens	2 914	2 889	0,87 %
<b>PHYSIOLOGIE RESPIRATOIRE</b>			
Examens	11 097	13 112	-15,37 %
<b>SERVICE SOCIAL</b>			
Usagers	2 519	2 519	0,00 %
Usagers référés (infirmières de liaison)	3 968	3 616	9,73 %
<b>ALIMENTATION</b>			
Repas	726 986	736 642	-1,31 %



INSTITUT UNIVERSITAIRE  
DE CARDIOLOGIE  
ET DE PNEUMOLOGIE  
DE QUÉBEC

2725, CHEMIN SAINTE-FOY  
QUÉBEC (QUÉBEC) G1V 4G5

IUCPQ.qc.ca

L'INSTITUT, PRÉSENT DANS SA COMMUNAUTÉ  
ET SUR LES MÉDIAS SOCIAUX

